

data wpływu wniosku

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

Nr sprawy P/...../.....

## WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia osób niepełnosprawnych  
w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane przez MOPS w Tychach

### CZĘŚĆ A – WYPEŁNIA CZYTELNIE WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko: .....

PESEL ..... Telefon: .....

Adres zamieszkania : 43-100 Tychy, ul.....

Stopień niepełnosprawności/grupa inwalidzka, (lub orz.do 16 r.ż.) : .....

Ilość osób w gospodarstwie domowym: ..... osób.

### OŚWIADCZAM ŻE :

1) przeciętny miesięczny dochód<sup>1</sup> w przeliczeniu na jedną osobę we wspólnym gospodarstwie domowym za kwartał kalendarzowy roku, poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek wynosi: ..... zł.

2) **posiadam**  / **nie posiadam**  \* zaległości wobec PFRON.

3) w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku **byłem(łam)** stroną umowy o dof. ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie : **TAK**  / **NIE**  \*

\* należy właściwą odpowiedź zaznaczyć krzyżykiem

LP.	PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA	ILOŚĆ

Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art. 233 § 1 i § 2 KK za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy (Dz.U. 2016, poz. 1137 ze zm.).

Proszę o przekazanie dofinansowania (imię, nazwisko, adres) : .....

..... na nr rach. bankowego : .....

.....  
Tychy, dnia

.....  
Czytelny podpis (odcisk palca) Wnioskodawcy

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik :

Imię i nazwisko: ..... PESEL.....

Adres: .....

Pełnomocnictwo załączono do sprawy

Nr P/.....

<sup>1</sup>Należy brać pod uwagę wszystkie dochody w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, uzyskiwane przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym.

INFORMACJA W SPRAWIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

1. Administratorem danych osobowych ujawnionych w formularzu jest: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej ul. Budowlanych 59, 43-100 Tychy.
2. Przetwarzanie podanych przez Panią/Pana danych odbywa się w związku z realizacją zadań określonych przepisami prawa, w szczególności na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
3. Dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa.
4. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści podanych przez Panią/Pana danych osobowych oraz prawo ich sprostowania.
5. Podanie danych jest obowiązkowe. Obowiązek ich podania jest wymogiem ustawowym. Jeżeli nie poda Pani/Pan wymaganych danych nie będziemy mogli zrealizować zadania ustawowego.
6. Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych znajduje się na stronie internetowej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej pod adresem: [www.mops.tychy.pl](http://www.mops.tychy.pl) oraz w siedzibie Ośrodka.

**Wymagane załączniki do wniosku :**

- 1) Faktura (lub oferta cenowa) wystawiona na osobę niepełnosprawną, dziecko niepełnosprawne, jego rodzica/prawnego opiekuna, określająca :
- kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego,
  - kwotę udziału własnego osoby niepełnosprawnej,
  - termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji (**dot. oferty cenowej**)

**w przypadku faktury z odroczonym terminem płatności o terminie nie krótszym niż 30 dni od daty jej wystawienia).**

- 2) Kopia zlecenia przyznanego limitu NFZ, potwierdzona za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie.

- 3) Kopia ważnego orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2016 poz. 2046 ze zm.) - **oryginał do wglądu.**

- 4) Zaświadczenia o dochodach za kwartał kalendarzowy poprzedzający miesiąc złożenia wniosku – do wglądu.

**CZĘŚĆ B – WYPEŁNIA MOPS TYCHY**

Rodzaj środka	Limit NFZ	Dof. NFZ	Wartość nabycia	Udział własny	Dofinansowany udział własny wnioskodawcy		
					do limitu NFZ	ponad limit NFZ	razem
				<b>Razem :</b>			

Uwagi: .....

.....

.....  
data

.....  
pieczęć MOPS

.....  
pieczęć i podpis