

MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ

Wniosek złożono w dniu
Przyjął

Nr sprawy (wypełnia MOPS):

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON sprzętu rehabilitacyjnego

1. Informacje o Wnioskodawcy

DANE WNIOSKODAWCY	DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO, OPIEKUNA PRAWNEGO, PEŁNOMOCNIKA
..... imię i nazwisko imię i nazwisko
PESEL	PESEL
Nr telefonu	Nr telefonu
ADRES ZAMIESZKANIA	ADRES KORESPONDENCYJNY (WPISUJE SIĘ, JEŻELI JEST INNY OD ADRESU ZAMIESZKANIA)
..... miejscowość i kod pocztowy miejscowość i kod pocztowy
..... ulica, nr domu i mieszkania ulica, nr domu i mieszkania
INFORMACJE O POSIADANEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI *	
<input type="checkbox"/> znaczny stopień niepełnosprawności/całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji/I grupa inwalidzka	
<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień niepełnosprawności/całkowita niezdolność do pracy/II grupa inwalidzka	
<input type="checkbox"/> lekki stopień niepełnosprawności/ częściowa niezdolność do pracy/ III grupa Inwalidzka	
<input type="checkbox"/> posiadane orzeczenie o niepełnosprawności (dzieci do 16 roku życia)	
Ważność orzeczenia * <input type="checkbox"/> stała <input type="checkbox"/> okresowa do	
*) właściwe zakreślić znakiem X	

2. Cel dofinansowania – dofinansowanie do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego wraz z krótką charakterystyką jego przeznaczenia	Wartość sprzętu rehabilitacyjnego w zł	Wnioskowana kwota w zł
.....		
.....		
.....		

3. Uzasadnienie składanego wniosku

.....
.....
.....

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>				
Cel (nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona

4. Załączniki wymagane do wniosku

Nazwa załącznika
Kserokopie aktualnych dokumentów potwierdzających stopień niepełnosprawności lub niepełnosprawność
Oferta cenowa lub faktura pro-forma lub kosztorys zakupu sprzętu rehabilitacyjnego
Zaświadczenie lekarskie stwierdzające konieczność użytkowania wnioskowanego sprzętu w procesie rehabilitacji osoby niepełnosprawnej w warunkach domowych wg załącznika nr 2 do wniosku

5. Oświadczenie

Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód rodziny** w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych pomniejszony o:

- obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych,
- składkę z tytułu ubezpieczeń: emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych,
- kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym za **kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek**, wynosił:zł

.....
Przyznane dofinansowanie:

Lp.	Nazwa sprzętu rehabilitacyjnego	Wartość sprzętu	Wysokość dofinansowania

.....
data i podpis pracownika