

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

data wpływu kompletnego wniosku

nr wniosku / powiat / rok złożenia wniosku

W N I O S E K

o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny dla osób niepełnosprawnych

1. DANE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ)

Imię i nazwisko

Data urodzenia:-.....-..... PESEL:

ADRES ZAMIESZKANIA/ZAMELDOWANIA

ADRES KORSPONDENCYNY

Ulica..... Ulica.....

Kod-..... Miejscowość Kod-..... Miejscowość

Telefon..... e-mail.....

2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (wypełnić, jeśli wniosek dotyczy osoby niepełnoletniej, ubezwłasnowolnionej, posiadającej opiekuna prawnego lub pełnomocnika):

Imię i nazwisko: PESEL.....

ADRES ZAMIESZKANIA/ZAMELDOWANIA

ADRES KORESPONDENCYJNY

Ulica..... Ulica.....

Kod-..... Miejscowość Kod-..... Miejscowość

Telefon..... e-mail.....

Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia

sygnatura akt

Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

dnia nr repertorium

3. Dane dotyczące planowanego zakupu sprzętu rehabilitacyjnego:

Przedmiot dofinansowania (należy podać nazwę urządzenia):

.....
.....

Uzasadnienie konieczności zakupu sprzętu, cel dofinansowania, miejsce realizacji zadania - czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu, rozpoznanie i opis choroby zasadniczej, opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności oraz brak przeciwwskazań do stosowania danego sprzętu zgodnie z załączonym zaświadczeniem

lekarskim:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania:zł

Wysokość wnioskowanego dofinansowania (do 80% kosztów zadania), nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia zł,
słownie:

Deklaracja udziału środków własnych Wnioskodawcy (20% kosztów całkowitych zadania)zł
słownie

5. Informacje o Wnioskodawcy

I. Posiadane orzeczenie (wstawić znak X we właściwej rubryce)

- ☐ stopień Znaczny / I Gr. / całkowicie niezdolny do pracy i samodzielnej egzystencji
 - ☐ stopień Umiarkowany / II Gr. / całkowicie niezdolny do pracy
 - ☐ stopień Lekki / III Gr. / częściowo niezdolny do pracy
 - ☐ niepełnosprawność osoby do 16 roku życia
- (proszę podać datę ważności posiadanego orzeczenia oraz numer wydanego orzeczenia)
-

II. Rodzaj niepełnosprawności (wstawić znak X we właściwej rubryce)

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku
- ☐ inwalidzkim, wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk
- ☐ inna dysfunkcja narządu ruchu
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku
- ☐ dysfunkcja narządu słuchu
- ☐ dysfunkcja narządu mowy
- ☐ deficyt rozwojowy(upośledzenie umysłowe)
- ☐ niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia

III.Sytuacja zawodowa (wstawić znak X we właściwej rubryce)

- ☐ zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą
- ☐ młodzież w wieku od 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- ☐ bezrobotny poszukujący pracy/ rencista poszukujący pracy
- ☐ rencista/ emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- ☐ dzieci i młodzież do lat 18

IV. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w okresie ostatnich 3 lat przed dniem złożenia wniosku

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON			Tak: ☐	Nie: ☐
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	

6. Oświadczenia.

- a) Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosizł. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi (zgodnie z zał. nr 1).
- b) Oświadczam, iż nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- c) Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych /mojego dziecka/podopiecznego w bazie danych MOPS w Żorach dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji dofinansowania, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.).
- d) Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 kk. w zw. z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 kpa. za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni od daty ich zaistnienia.
- e) Oświadczam, że zostałem/am poinformowany, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania oraz, że wniosek złożony w 2020 r. nie przechodzi na rok następny.
- f) Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania.

Żory, dnia/...../2020 r.

.....
(podpis Wnioskodawcy
/przedstawiciela ustawowego)

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik (**oryginał do wglądu**).
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Potwierdzenie pełnienia funkcji opiekuna prawnego.
4. Zaświadczenie lekarskie – załącznik nr 2.
5. Oświadczenie o dochodach – załącznik nr 1.
6. Oferta cenowa urządzenia w kwocie brutto wystawiona przez sklep.

**Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie osób
pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym**

dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Żorach celem otrzymania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pod adresem
zamieszkują następujące osoby:

Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Przeciętny miesięczny dochód obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
Dane dotyczące Wnioskodawcy:			
1.			
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa:			
2.			
3.			
4.			
5.			
Razem			

Oświadczam, że:

- Przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, pomniejszony o kwoty alimentów świadczonych na rzecz innych osób oraz koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne nie zaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenia zdrowotne, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (kwartał to miesiące I–III, IV–VI, VII– IX, X–XII) o dofinansowanie, przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł złgr.
- Świadomy odpowiedzialności karnej (art. 233 § 1 kk) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu podane zostały zgodnie z prawdą. Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Żory, dnia/...../2020 r.

.....
(podpis Wnioskodawcy
/przedstawiciela ustawowego)

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE

lekarza, który określi potrzebę zakupu sprzętu rehabilitacyjnego stosownie do potrzeb wynikających z przyczyn niepełnosprawności

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

2. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....
.....

3. Rodzaj koniecznego sprzętu rehabilitacyjnego (nazwa, typ):

.....
.....

4. Uzasadnienie, że w/w sprzęt rehabilitacyjny jest niezbędny w procesie rehabilitacji i stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności:

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

5. Uzasadnienie potrzeb prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu w/w sprzętu :

.....
.....

6. Uwagi i zalecenia dodatkowe:

.....

....., dnia/...../2020 r.

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

-
- Wypełnić czytelnie w języku polskim

Procedura dotycząca przyznawania dofinansowania do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.

1. Po pobraniu wniosku o dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego Wnioskodawca dostarcza do MOPS w Żorach, Zespół Wsparcia Osób Starszych i Niepełnosprawnych ul. Piastów Górnośląskich 4, tel. 506 140 671, wypełniony:
 - wniosek,
 - oświadczenie o dochodzie *załącznik nr 1*,
 - wniosek lekarza specjalisty *załącznik nr 2*,
 - niezbędne kserokopie dokumentów – orzeczenia o niepełnosprawności wydanego przez ZUS/Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności / KRUS lub MSWiA (Orzeczenie KRUS i MSWiA tylko jeśli zostało wydane do 31.12.1997r), oryginał do wglądu,
 - kserokopie pełnomocnictwa (o ile dotyczy), oryginał do wglądu.
2. Złożony, **kompletny wniosek** zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu podziału środków finansowych na 2020 r. przez Radę Miasta Żory.
3. Wnioski rozpatrywane są w kolejności złożenia, do wyczerpania środków finansowych przyznanych na ten cel.
4. Po rozpatrzeniu wniosku i przyznaniu dofinansowania Wnioskodawca otrzymuje pisemną informację o terminie podpisania umowy.
5. Wnioskodawca **podpisuje umowę osobiście**, uprzednio przedstawiając pracownikowi MOPS dowód osobisty.
6. Wnioskodawca zgodnie z umową zobowiązany jest w wyznaczonym terminie dostarczyć oryginał faktury VAT za zakupiony sprzęt rehabilitacyjny oraz dowód wpłaty udziału własnego.
7. MOPS w Żorach przekazuje przyznane środki finansowe po weryfikacji faktury lub rachunku w ciągu 14 dni od daty otrzymania dokumentów rozliczeniowych, bezpośrednio na konto sprzedawcy (wskazane na fakturze lub na rachunku).
8. **Przed podpisaniem umowy z MOPS w Żorach nie należy dokonywać zakupu sprzętu rehabilitacyjnego.**

Przyjmuję do wiadomości powyższą procedurę oraz informację, że niniejszy wniosek złożony w dniu zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz i uchwaleniu planu finansowego na 2020 rok przez Radę Miasta Żory.

.....
(podpis Wnioskodawcy
/przedstawiciela ustawowego)

Klauzula informacyjna przy pobieraniu danych bezpośrednio od osoby

Zgodnie z art. 13 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Żorach z siedzibą w Żorach ul. Księcia Przemysława 2;
- 2) kontakt z inspektorem ochrony danych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Żorach pod adresem e-mail: iodo@mops.zory.pl , nr telefonu: 32 43 42 412 wew. 19;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach realizacji ustawowych zadań Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Żorach- na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c, e RODO oraz na podstawie Art. 9 ust. 2 lit. g) RODO;
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa i podmioty upoważnione na podstawie umów;
- 5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
- 6) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt;
- 7) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 8) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, zajmującego się ochroną danych osobowych;
- 9) podanie Pani/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do udzielenia pomocy / przyznania świadczeń;
- 10) Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu;
- 11) Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane ręcznie oraz automatycznie.

Oświadczam, że zostałem zapoznany z powyższymi danymi

Żory, dnia

.....

czytelny podpis