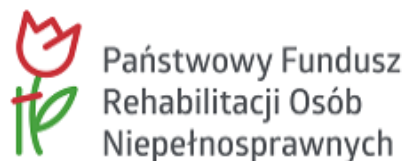


Data wpływu:	
Nr sprawy:	



WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych
zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
Imię ojca:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta
ADRES ZAMIESZKANIA	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

II. DANE PODOPIECZNEGO	
<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
Imię ojca:	
PESEL:	

Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta
ADRES ZAMIESZKANIA	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
OPIEKUN USTANOWIONA/Y	
<input type="checkbox"/> Przedstawicielem ustawowym	
<input type="checkbox"/> Opiekunem prawnym:	
	Postanowieniem Sądu Rejonowego:
	Z dnia:
	Sygnatura akt:
<input type="checkbox"/> Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:	
	Imię i nazwisko:
	Z dnia:
	Repetytorium nr:

III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

Niezdolność:

- Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji
- Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny
- Osoby całkowicie niezdolne do pracy
- Osoby częściowo niezdolne do pracy
- Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym
- Nie dotyczy

Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:

- Tak
- Nie dotyczy

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- Inna dysfunkcja narządu ruchu
- Dysfunkcja narządu wzroku
- Dysfunkcja narządu słuchu i mowy
- Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
- Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
- Inny / jaki?

IV. SYTUACJA ZAWODOWA

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- Osoba w wieku od 18 do 24 lat, 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
- Inne / jakie?

V. SYTUACJA MIESZKANIOWA – ZAMIESZKUJE

- samotnie
- z rodziną
- z osobami niespokrewnionymi

VI. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON**Na dofinansowanie do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny ze środków finansowych PFRON:**

- nie korzystałem
- korzystałem

VII. CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**I. PRZEDMIOT WNIOSKU****Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:****Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):**

Słownie:

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 80%

Słownie:

co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:**Deklarowane środki własne:****Miejsce realizacji:****II. UZASADNIENIE****Uzasadnienie:**

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

DANE RACHUNKU BANKOWEGO

na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku

Numer rachunku bankowego:

Nazwa banku:

Właściciel konta:

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 390), podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

Oświadczam że:

- 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,
- posiadam środki finansowe w wysokości wystarczającej na pokrycie udziału własnego w realizacji zadania.

Oświadczam, że dane podane we wniosku i załącznikach są prawdziwe. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia zmiany.

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Uwaga: złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania. Prace/zakupy dokonane przed podpisaniem umowy nie podlegają dofinansowaniu.

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Podpis Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI

DO WNIOSKU NALEŻY ZAŁĄCZYĆ:

- kopię orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, orzeczenia do celów rentowych lub kopię wypisu z treści orzeczenia (**oryginał do wglądu w przypadku składania wniosku w wersji papierowej**),
- aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności Wnioskodawcy (wystawione czytelnie, w języku polskim, zgodnie z załącznikiem do wniosku),
- ofertę cenową, fakturę pro – forma lub inny dokument potwierdzający podany przez Wnioskodawcę przedmiot i koszt realizacji zadania (w szczególnych przypadkach MOPR może żądać od wnioskodawcy kilka ofert cenowych),
- w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - kserokopię zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (**oryginał do wglądu w przypadku składania wniosku w wersji papierowej**),
- w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika – kserokopię pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza (**oryginał do wglądu w przypadku składania wniosku w wersji papierowej**),
- oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Przy składaniu wniosku w wersji papierowej należy okazać do wglądu:

- dowód osobisty,
- w przypadku dzieci do 18 roku życia – akt urodzenia dziecka.

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

KLAUZULA INFORMACYJNA

Administratorem Państwa danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Gdańsku z siedzibą przy ul. K. Leczkowa 1 A, 80-432 Gdańsk. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania Państwa danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (RODO) znajdują się na stronie internetowej www.mopr.gda.pl w zakładce „ochrona danych osobowych” oraz w siedzibie Wydziału Rehabilitacji Społecznej MOPR przy ul. Leczkowa 1 a. Klauzula informacyjna RODO dostępna jest również w Systemie Obsługi Wsparcia (SOW) w zakładce "Wzory załączników" pod nazwą "Klauzula informacyjna – Osoby z niepełnosprawnością".