. . . .

Nr sprawy Data wpływu wniosku

Wypełnia Pracownik MOPR

Pieczęć i podpis pracownika .....

Wniosek
o dofinansowanie zaopatrzenia
w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
dla osób niepełnosprawnych

(proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami)

1. DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia:_____ - _____ - _____

PESEL: ……

ADRES ZAMIESZKANIA **ADRES KORESPONDENCYJNY**

Ulica/nr domu/mieszkania ..... Ulica/nr domu/mieszkania.....

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

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

2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO* *(WYPEŁNIĆ, JEŚLI WNIOSEK DOTYCZY OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ)* **OPIEKUNA PRAWNEGO*** **LUB PEŁNOMOCNIKA***

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

ADRES ZAMIESZKANIA **ADRES KORESPONDENCYJNY**

Ulica/nr domu/mieszkania ..... Ulica/nr domu/mieszkania .....

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

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

Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia ……..
sygnatura akt……..…….

Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza…….…….…
…… dnia …… nr repertorium ……..…....

3. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA (nazwa przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego)

.....…….....

Załączam zapłacone rachunki/faktury o nr .....

.....

…….

na łączną kwotę *(poniesioną przez Wnioskodawcę)* ..……..……..... zł

4. OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 390 z późn. zm.), podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił ..... zł [1].

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

Czy Wnioskodawca przebywa w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej **tak** ☐ **nie** ☐

5. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH (zaznaczyć właściwy kwadrat)

☐ Przelew na konto Wnioskodawcy - imię i nazwisko osoby wymienionej **w pkt 1** ☐ **w pkt 2** ☐

Nazwa banku	Nr konta bankowego

☐ przekazem pocztowym (w przypadku braku rachunku bankowego)

☐ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu

6. DO WNIOSKU NALEŻY ZAŁĄCZYĆ:

- kopię orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, orzeczenia do celów rentowych lub kopię wypisu z treści orzeczenia,
- oryginał faktury lub rachunku **zawierający określenie kwoty opłacanej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego** oraz kwotę udziału własnego,
- potwierdzoną za zgodność przez świadczeniodawcę (sklep) realizującego zlecenie kopię zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (strony 1-5),
- oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym,
- w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - kserokopię zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego,
- w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika – kserokopię pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza.

7. PRZY SKŁADANIU WNIOSKU NALEŻY OKAZAĆ DO WGLĄDU (na żądanie pracownika):

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

8. 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".

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,
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.

…….....…….....

data i podpis wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej lub jej pełnomocnika*, przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego*)*

Uwaga: złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.

* niepotrzebne skreślić

[1] Dochód należy wyliczyć zgodnie z pouczeniem