

Data wpływu:

Nr wniosku ORT/DZ*/ / /

Nr sprawy DdRS.6101. / /

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE**

1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY / DZIECKU / PODOPIECZNYM *

Imię i nazwisko

PESEL

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

ADRES ZAMIESZKANIA (pobyt stały)

Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Powiat	Województwo	Nr telefonu		

2. DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO/ PEŁNOMOCNIKA*

- Rodzic osoby niepełnosprawnej
- Opiekun prawny osoby niepełnosprawnej ustanowiony - postanowienie Sądu Rejonowego z dn. _____
sygn. akt/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza _____ z dn. _____

Imię i nazwisko

PESEL

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

ADRES ZAMIESZKANIA

Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Powiat	Województwo	Nr telefonu		

3. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI: WNIOSKODAWCY / DZIECKA / PODOPIECZNEGO*

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> znaczny stopień niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka |
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka |
| <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> lekki stopień niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka |

orzeczenie o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia.

Orzeczenie ważne: okresowo do _____ bezterminowo

* niepotrzebne skreślić / zaznaczyć znakiem X w odpowiednim polu „□”

4. INFORMACJE DOTYCZĄCE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca posiada zaległości wobec PFRON: tak nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) zaległości:

Czy Wnioskodawca w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku był stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie: tak nie

5. ZAOPATRZENIE W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

Nazwa przedmiotu / środka pomocniczego		Ilość
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

- Oświadczam, że o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Samorządu Powiatu Dąbrowa Górnicza tak - nie.
- Oświadczam, że zamieszkuję w Domu Pomocy Społecznej tak - nie.
W przypadku mieszkańców domów pomocy społecznej placówka pokrywa częściową odpłatność do wysokości limitu ceny. Osoby niepełnosprawne przebywające w takiej placówce mogą ubiegać się o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze tylko w sytuacji, gdy cena tych przedmiotów i środków przekracza ustalony limit.
- Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego (tekst jednolity Dz.U. z 2019 r, poz. 1950, ze zm.) za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.
- O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie w terminie 7 dni roboczych poinformować Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej.
- Wszelkie koszty związane z przygotowaniem wniosku ponosi Wnioskodawca.
- Podając numer telefonu wyraża Pan/Pani zgodę na jego przetwarzanie w celu ewentualnego kontaktu organu z osobą ubiegającą się o dofinansowanie (lub jej opiekunem prawnym/pełnomocnikiem) do celów związanych z wnioskiem do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Ma Pan/Pani możliwość wycofania tej zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Dąbrowa Górnicza, dnia

Czytelny podpis
Wnioskodawcy, pełnomocnika,
przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił _____zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi _____.

Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego (tekst jednolity Dz.U. z 2019 r, poz. 1950, ze zm.) za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.

....., dnia.....r.
miejsowość

.....
Czytelny podpis
Wnioskodawcy, pełnomocnika,
przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego

POUCZENIE

Za dochody uwzględniane przy obliczeniu przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, uważa się dochody (po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób):

- a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- b) deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,
- c) inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.

6. INFORMACJE O DOFINANSOWANIU

O dofinansowanie ze środków Funduszu - zaopatrzenia w **przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze** mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, jeżeli średni miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku nie przekracza kwoty:**

- ✓ **50%** przeciętnego wynagrodzenia* na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego,
- ✓ **65%** przeciętnego wynagrodzenia* w przypadku osób samotnych.

***Przeciętne wynagrodzenie** oznacza - przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20, pkt 2 ustawy z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jednolity Dz.U. z 2018 r., poz. 1270, ze zm.).

7. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Do wniosku należy dołączyć:

1. kopię aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność,
2. pełnomocnictwo w przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności lub dokument stanowiący opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny,
3. kopię zrealizowanego **zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzone za zgodność** przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie,
4. **fakturę** za zakup/naprawę przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych wystawioną na osobę niepełnosprawną lub jej rodzica (opiekuna prawnego) z **wyszczególnieniem w treści:**
 - ceny brutto zakupionego sprzętu,
 - kwoty opłaconej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ),
 - kwoty udziału własnego osoby niepełnosprawnej lub jej rodzica (opiekuna prawnego),
 - forma zapłaty – przelew z odroczonym terminem płatności nie krótszym niż 30 dni od daty wystawienia faktury, **w przypadku dokonania zapłaty – informacja „zapłacono” lub dowód wpłaty**

albo
ofertę określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.

WYPEŁNIA PRACOWNIK MOPS

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU:

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono (zaznaczyć właściwe)	Uzupełniono (zaznaczyć właściwe)	Data uzupełnienia
		wypełnia pracownik przyjmujący wniosek		
1.	Kserokopia aktualnego dokumentu potwierdzającego stopień niepełnosprawności lub niepełnosprawność w przypadku dziecka do 16 roku życia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Pełnomocnictwo w przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności lub dokument stanowiący opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	W przypadku ubiegania się o przyznanie dofinansowania po zakupie przedmiotu			
	Faktura za zakupione przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze, określająca kwotę opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego lub inne dokumenty potwierdzające ten zakup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kserokopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzona za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie / kserokopia karty zaopatrzenia comiesięcznego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	W przypadku ubiegania się o przyznanie dofinansowania przed zakupem przedmiotu			
	Faktura pro-forma lub kosztorys przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kserokopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzona za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Inne załączone dokumenty:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Pieczątką imienna pracownika przyjmującego wniosek

Data, podpis:.....