



Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej  
w Wałbrzychu

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA:
MOPS – DR – 6126 – /.....

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**  
**likwidacji barier w komunikowaniu**

**1. Dane dotyczące Wnioskodawcy** ( proszę wypełnić drukowanymi literami )

.....  
*imię i nazwisko*

PESEL..... data urodzenia .....

Dowód osobisty seria: Nr..... wydany w dniu.....

przez .....

kod ..... miejscowość.....

ulica.....nr domu.....nr lokalu.....

nr tel. z nr kier.....

**2.Przedmiot dofinansowania** (należy podać nazwę urządzenia, sprzętu).

.....  
.....

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

	Stopień pokrewieństwa	dochód miesięczny
1.	<b>Wnioskodawca</b>	
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

**4. Nazwa banku i numer rachunku bankowego** .....

.....

**5. Miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**6. Przewidywany koszt realizacji zadania.**

Cyframi: .....

Słownie: .....

(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 PFRON kwota dofinansowania)

**7. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania .....**

.....

**8. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania.**

.....

.....

.....

**9. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania.**

.....

.....

**10. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków Funduszu z określeniem menu zawartej umowy, celu i daty przyznania dofinansowania oraz stanu rozliczenia.**

L.p	Numer umowy	Kwota przyznanego dofinansowania	Cel przyznanego dofinansowania	Data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia dofinansowania
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

**11. Uzasadnienie składanego wniosku.**

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

**12. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu.**

Cyframi: .....

Słownie: .....

**Przedstawiciel ustawowy ( dla małoletniego Wnioskodawcy ), opiekun prawny lub pełnomocnik**

.....  
*imię ( imiona i nazwisko )*

nr PESEL ..... data urodzenia .....

dowód osobisty seria ..... nr ..... wydany w dniu .....

przez .....

nr kodu ..... miejscowość .....

ulica ..... nr domu.....

nr telefonu z nr kier .....

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem .....

( postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. .... sygn. akt\*/ na mocy pełnomocnictwa

potwierzonego przez Notariusza .....

z dn. .... repet nr ..... )

.....  
( podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\* opiekuna prawnego\*, pełnomocnika )

Załączniki do wniosku:

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie wg wzoru,
2. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (oryginał do wglądu),
3. Kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z wnioskodawcą (oryginały do wglądu),
4. Faktura proforma na wnioskowany sprzęt,
5. W przypadku kiedy wniosek składany jest przez pełnomocnika, opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego, kopia Postanowienia Sądu Rejonowego lub pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza (oryginały do wglądu),
6. W przypadku kiedy wnioskodawca nie może podpisać wniosku (w Dowodzie Osobistym stosowna adnotacja) przyjęcie kopii Dowodu Osobistego (Dowód Osobisty do wglądu).
7. W przypadku, kiedy osoba niepełnosprawna składająca wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON nie może podpisać się na wniosku (lecz mogąca czytać), wtedy należy dołączyć do wniosku:
  - a. kopię dowodu osobistego Wnioskodawcy (oryginał do wglądu),
  - b. odcisk atramentowy palca Wnioskodawcy stawianego w miejscu podpisu, czytelny podpis pod odciskiem Wnioskodawcy, złożony przez osobę, która potwierdza że jest to odcisk Wnioskodawcy

#### OŚWIADCZENIE

Zapoznałem się z informacją dotyczącą zbierania i przetwarzania danych osobowych moich i członków mojej rodziny, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym. Oświadczam, że wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych moich i członków mojej rodziny, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym w zakresie pozyskiwania pomocy pieniężnej, należnej zgodnie z ustawą o pomocy społecznej i zasadami dofinansowania rehabilitacji społecznej ze środków PFRON. Upředziona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88 poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

**O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

#### INFORMACJA

Na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr. 97 z 1997 r. art. 24,32,35) informuję Pana/nią, że administrator danych osobowych w Miejskim Ośrodku Pomocy społecznej zbiera i przetwarza dane osobowe Pana/i i członków jego/jej rodziny, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, w zakresie pozyskania informacji, że przysługuje Panu/i prawo wglądu do zbieranych danych osobowych oraz uzupełniania uaktualniania czy sprostowania, jeżeli dane te są niekompletne, nieaktualne lub nieprawdziwe. Jednocześnie informuję, że administrator danych osobowych w Miejskim Ośrodku Pomocy społecznej – Dyrektor dołoży wszelkich starań, aby dane były zbierane, przetwarzane i chronione zgodnie z prawem.

Wałbrzych dnia .....

.....  
Podpis osoby niepełnosprawnej

.....  
( podpis osoby przyjmującej wniosek)

.....  
( pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej )

.....  
( data )

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb MOPS- w związku z ubieganiem się  
o likwidację barier w komunikowaniu

Imię i nazwisko.....

zamieszkała (y).....

PESEL.....

1. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy/**szczegółowy opis**:/

narząd ruchu, w zakresie.....

brak obu kończyn górnych

znaczny niedowład obu kończyn górnych

jednoczesnej dysfunkcji kończyny dolnej i górnej

jednoczesnej dysfunkcji co najmniej jednej kończyny górnej i kończyn dolnych

jednoczesnej dysfunkcji kończyn dolnych i górnych

dysfunkcja narządu wzroku ( osoba niewidoma, osoba niedowidząca)\*

inne schorzenia.....

2. Używane na co dzień zaopatrzenie ortopedyczne:

wózek inwalidzki

balkonik

kule

inne specjalistyczne oprzyrządowanie.....

**UWAGI:** .....

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

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza)

**Podstawa prawna:**

Zgodnie z § 6 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych ( Dz. U, Nr 96, poz 861 oraz z 2003r. Nr 100, poz 930 ).