



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.	Wnioskodawca	
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

potwierdzonego 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

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:

- 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
- łóżko ortopedyczne
- inne specjalistyczne oprzyrządowanie.....

UWAGA! W przypadku osób całkowicie leżących proszę o wpisanie tej informacji poniżej.

DODATKOWE INFORMACJE:

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

.....
(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. z 2015 r. poz. 926).