

(data i pieczęć wpływu)

WNIOSEK

O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON ZAOPATRZENIA W SPRZĘT REHABILITACYJNY

Uwaga! – We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, właściwe odpowiedzi zaznaczyć znakiem ☒, ewentualnie wpisać: "NIE DOTYCZY".
W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać "w załączeniu - załącznik nr" czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
IMIE _____	NAZWISKO _____
DATA URODZENIA: - -	PESEL:
ADRES / MIEJSCE ZAMIESZKANIA ¹	
ULICA _____	NR DOMU _____ NR LOK. _____
MIEJSCOWOŚĆ _____	KOD POCZTOWY: ____ - ____ - ____
DANE PERSONALNE: ☐ PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO <i>DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY,</i> ☐ OPIEKUNA PRAWNEGO, ☐ PEŁNOMOCNIKA, ☐ KURATORA ☐ NIE DOTYCZY	
IMIE _____	NAZWISKO _____
DATA URODZENIA: - -	PESEL:
ADRES / MIEJSCE ZAMIESZKANIA ¹	
ULICA _____	NR DOMU _____ NR LOK. _____
MIEJSCOWOŚĆ _____	KOD POCZTOWY: ____ - ____ - ____
DANE DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO PRAWO DO WYSTĘPOWANIA W IMIENIU WNIOSKODAWCY:	
ADRES KORESPONDENCYJNY - <u>NALEŻY WPISAĆ, JEŚLI JEST INNY OD ADRESU ZAMIESZKANIA:</u> ☐ NIE DOTYCZY	
DANE KONTAKTOWE	
TELEFON _____	
E-MAIL _____	

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
☐ ZNACZNY	☐ CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY I DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI LUB CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI	☐ I GRUPA
☐ UMIARKOWANY	☐ CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY	☐ II GRUPA
☐ LEKKI	☐ CZĘŚCIOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY	☐ III GRUPA
☐ ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (DZIECI DO 16 ROKU ŻYCIA)		
ORZECZENIE WAŻNE: ☐ BEZTERMINOWO, ☐ OKRESOWO DO DNIA: ____ - ____ - ____		

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI			
☐ 01-U UPOŚLEDZENIE UMYSŁOWE	☐ 02-P CHOROBY PSYCHICZNE	☐ 03-L ZABURZENIA GŁOSU, MOWY I CHOROBY SŁUCHU	☐ 04-O NARZĄD WZROKU
☐ 05-R NARZĄD RUCHU	☐ 06-E EPILEPSJA	☐ 07-S CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO I KRAŻENIA	☐ 08-T CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO
☐ 09-M CHOROBY UKŁADU MOCZOWO - PŁCIOWEGO	☐ 10-N CHOROBY NEUROLOGICZNE	☐ 11-I INNE	☐ 12-C CAŁOŚCIOWE ZABURZENIA ROZWOJOWE
☐ INNE PRZYCZYNY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI, JAKIE ?			
NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ WNIOSKODAWCY JEST SPRZĘŻONA U WNIOSKODAWCY WYSTĘPUJE WIĘCEJ NIŻ JEDNA PRZYCZYNA WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ SPRZĘŻONA MUSI BYĆ POTWIERDZONA W POSIADANYM ORZECZENIU O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.			
☐ NIE ☐ TAK: ☐ 2 PRZYCZYNY, ☐ 3 PRZYCZYNY			

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW
OŚWIADCZAM, ŻE PRZECIĘTNY MIESIĘCZNY DOCHÓD (W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH ²), OBLICZONY ZA KWARTAŁ POPRZEDZAJĄCY MIESIĄC ZŁOŻENIA WNIOSKU , PODZIELONY PRZEZ LICZBĘ OSÓB WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM, WYNOŚIŁ: _____zł.
LICZBA OSÓB WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM WYNOŚI: _____

INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON - ZA OKRES OSTATNICH 5 LAT			
CZY WNIOSKODAWCA KORZYSTAŁ ZE ŚRODKÓW PFRON W CIĄGU OSTATNICH 5 LAT (LICZĄC OD DNIA ZŁOŻENIA WNIOSKU), W TYM POPRZEC PCPR LUB MOPS?			☐ TAK ☐ NIE
CEL <i>(NAZWA ZADANIA USTAWOWEGO ORAZ /LUB NAZWA PROGRAMU, W RAMACH KTÓREGO PRZYZNANA ZOSTAŁA POMOC)</i>	NR ZAWARCIA UMOWY <i>(O ILE DOTYCZY)</i>	DATA PRZYZNANIA DOFINANS.	STAN ROZLICZENIA - W TRAKCIE REALIZACJI - W TRAKCIE ROZLICZENIA, - ROZLICZONA, - NIEROZLICZONA
CZY WNIOSKODAWCA W CIĄGU TRZECH LAT PRZED ZŁOŻENIEM WNIOSKU BYŁ STRONĄ UMOWY ZAWARTEJ Z PFRON I ROZWIĄZANEJ Z PRZYCZYN LEŻĄCYCH PO JEGO STRONIE ? ☐ TAK ☐ NIE JEŚLI TAK TO NALEŻY PODAĆ NR I DATĘ ZAWARTEJ UMOWY A TAKŻE PRZYCZYNĘ JEJ ROZWIĄZANIA:			
CZY WNIOSKODAWCA POSIADA WYMAGALNE ZOBOWIĄZANIA WOBEC PFRON ? : ☐ TAK ☐ NIE CZY WNIOSKODAWCA POSIADA WYMAGALNE ZOBOWIĄZANIA WOBEC MOPS ? : ☐ TAK ☐ NIE JEŻELI ZAZNACZONO TAK , PROSZĘ PODAĆ RODZAJ I WYSOKOŚĆ (W ZŁ) WYMAGALNEGO ZOBOWIĄZANIA:			
UWAGA! ZA „WYMAGALNE ZOBOWIĄZANIE” NALEŻY ROZUMIEĆ ZOBOWIĄZANIE, KTÓREGO TERMIN ZAPŁATY UPŁYŃAŁ			

INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM

NAZWA BANKU: _____

RACHUNEK NR **INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA****PRZEDMIOT
DOFINANSOWANIA****MIEJSCE REALIZACJI I CEL
DOFINANSOWANIA:**
(wpisać rodzaj sprzętu lub
urządzenia i cel jakiemu
będzie ono służyć)**UZASADNIENIE WNIOSKU:****PRZEWIDYWANY KOSZT REALIZACJI ZADANIA**

KOSZT OGÓLNY:	zł	100 %
WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA:	zł	%
ŚRODKI WŁASNE NA REALIZACJĘ ZADANIA (MINIMUM 20 %):	zł	%

OŚWIADCZAM ŻE:

1. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz, że wszystkie informacje zawarte we wniosku o dofinansowanie i w załącznikach do tego wniosku, są zgodne ze stanem faktycznym - przyjmuję do wiadomości, że podanie nieprawdziwych informacji eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania, prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art. 233 § 1, 2 K.K.
2. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, konieczność złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów w przypadku, gdy MOPS poweźmie wątpliwości odnośnie do podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania
3. Oświadczam, że o dofinansowanie ze środków PFRON w/w przedmiotu wniosku ubiegam się wyłącznie w MOPS w Mysłowicach.
4. Przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji zadania: „zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny” oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków zadania także w dniu podpisania umowy.

5. **Podany we wniosku adres jest obecnie moim aktualnym miejscem zamieszkania** (tj. miejscem gdzie przebywam z zamiarem stałego pobytu).
6. **Zobowiązuje się**, niezwłocznie poinformować MOPS w Mysłowicach o wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, nie później jednak niż w terminie 7 dni od ich wystąpienia.
7. **Przyjmuję do wiadomości i stosowania**, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez MOPS w Mysłowicach oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną.
8. **Przyjmuję do wiadomości i stosowania**, że kwota dofinansowania do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny wynosi do 80% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości pięciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia oraz, że **dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych** i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
9. **Oświadczam**, że w przypadku przyznania dofinansowania będę dysponował/ła środkami finansowymi na opłacenie udziału własnego w postaci różnicy pomiędzy kwotą dofinansowania, ewentualnym dofinansowaniem z innych źródeł, a całkowitym kosztem realizacji zadania.

dnia __ / __ / 20__ r. miejscowość	CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO, OPIEKUNA PRAWNEGO, PEŁNOMOCNIKA
---	---

¹ **miejscem zamieszkania** zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) jest miejscowość, w której osoba przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem jej życia codziennego, w którym skoncentrowane są jej plany życiowe. O miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu. Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

2 dochód – w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 28 listopada 2003 o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. 2020 r. poz.111 z późn. zm.) pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, zasiłek pielęgnacyjny oraz kwotę świadczonych alimentów powiększony o dochody z działalności gospodarczej, dochody z gospodarstwa rolnego oraz inne dochody nieopodatkowane wymienione w niniejszej ustawie.