Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Data wpływu wniosku:
.....
Nr sprawy:
.....

MOPS

Wniosek złożony w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Rzeszowie, ul. Skubisza 4, tel. 17/86-30-253, w. 32.

WNIOSEK

.

o dofinansowanie zakupu urządzeń (wraz z montażem*)
z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych.

Dane dotyczące Wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami)

Nazwisko:	Imię:	Imię ojca:
Data urodzenia:	Miejsce urodzenia:	
Seria i nr dowodu osobistego:	Wydany przez:	
PESEL:	Stan cywilny:	
Adres zamieszkania (ul., nr domu/mieszkania):		
Kod:	Miejscowość:	Nr tel.:

Proszę o dofinansowanie zakupu: .....
/podać nazwę urządzenia/

.....

Przewidywany koszt zakupu: ..... zł

Kwota wnioskowanego dofinansowania: …… zł (słownie .....

.....zł).

Uzasadnienie składanego wniosku:.....

.....

.....

.....

.....

.....

* niepotrzebne skreślić

Informacje o Wnioskodawcy

I. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (1)

1. znaczny,	
• inwalidzi I grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji,	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
• osoby w wieku do lat 16 posiadające orzeczenie o niepełnosprawności	
2. umiarkowany,	
• inwalidzi II grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
• inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki,	
• pozostali inwalidzi III grupy,	
• osoby częściowo niezdolne do pracy,	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

II. Rodzaj niepełnosprawności (1)

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim/ osoba leżąca; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu i/lub mowy	
5. autyzm	
6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

III.A. Sytuacja mieszkaniowa - zamieszkuje (1)

1.wnioskodawca wychowujący małoletnie dzieci	
2. samotnie	
3. z rodziną	
4. z osobami niespokrewnionymi	

III.B. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

Nazwisko i imię	Stopień pokrewieństwa	Stopień i rodzaj niepełnosprawności		Dochód miesięczny
		stopień	rodzaj	
1.	Wnioskodawca			
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

(1) wstawić znak „**x**” we właściwej rubryce

IV. Sytuacja zawodowa [1]

1. zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą*	
2. młodzież w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3. bezrobotny poszukujący pracy/rencista poszukujący pracy*	
4. rencista / emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy*	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

V. Oświadczenie o wysokości dochodów

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostaje …… osób (podać liczbę).

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.

Uwaga: zasiłek pielęgnacyjny, rodzinny i wychowawczy, nie wlicza się do dochodu.

VI. Przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy [1]

1. poniżej 100,00 zł	
2. 101,00-200,00 zł	
3. 201,00-300,00 zł	
4. 301,00-400,00 zł	
5. 401,00-500,00 zł	
6. 501,00-600,00 zł	
7. 601,00-700,00 zł	
8. 701,00-800,00 zł	
9. powyżej 800,00 zł	

VII. Informacja o korzystaniu przez Wnioskodawcę ze środków finansowych PFRON [1]

1. Na likwidację barier w komunikowaniu się :	
a/ nie korzystał	
b/ korzystał :	
numer umowy	
rok, w którym podpisano umowę	
2. Na likwidację barier technicznych:	
a/ nie korzystał	
b/ korzystał	
numer umowy	
rok, w którym podpisano umowę	
3. Korzystał na inne cele i rozliczył się	

(1) wstawić znak „x” we właściwej rubryce
* niepotrzebna skreślić

VIII. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonym na ten cel

.....
.....

IX.Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik

..... syn/córka*.....
/imię(imiona) i nazwisko/ */imię ojca/*

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

nr PESEL ..... miejscowość .....

ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....
/adres stałego zameldowania/

nr kodu .....-..... poczta ..... powiat.....

województwo ..... nr tel./faxu (z nr kier.) .....

ustanowiony Opiekunem/Pełnomocnikiem*.....

postanowieniem Sądu Rejonowego ..... z dn. .....

sygn. Akt ...../ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

..... z dn. ..... repet. Nr .....*

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.

Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec Funduszu i nie byłem w ciągu trzech lat przed złożeniem niniejszego wniosku, a przypadku zakupu komputera 5 lat, stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, którą rozwiązano z przyczyn leżących po mojej stronie.

W przypadku rezygnacji z dofinansowania zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić, w formie pisemnej o niniejszym fakcie Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Rzeszowie.

Oświadczam, że ojciec/matka dziecka nie jest pozbawiony/a władzy rodzicielskiej i wyraża/ją zgodę na ubieganie się o dofinansowanie.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku, dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji mojego wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz.926 z późn. zm.).

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 kk. w zw. z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 kpa. za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą.

.....
/podpis Wnioskodawcy/Przedstawiciela ustawowego/
Opiekuna prawnego/Pełnomocnika/*

* niepotrzebne skreślić

Wypełnia MOPS

Suma uzyskanych punktów

Ocena zasadności wniosku:

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

.....

/data i podpis/

Załączniki do wniosku:	**załączono do wniosku tak/nie**
1.Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (w przypadku dzieci do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności)- oryginał do wglądu.	
2. Kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą -oryginał do wglądu.	
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie od specjalisty zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu (ważne 1 miesiąc od daty wystawienia).	
4. Aktualne zaświadczenie lekarskie od specjalisty poświadczające potrzebę likwidacji bariery w komunikowaniu się bądź technicznej (ważne 1 miesiąc od daty wystawienia).	
5. W przypadku osób z dysfunkcją narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim lub osoby leżącej; z wrodzonym brakiem albo amputacją dłoni lub rąk; wymagane potwierdzenie lekarza specjalisty.	
6.Pełnomocnictwo lub postanowienie sądu w przypadku ustanowienia pełnomocnika lub opiekuna prawnego.	
7. Faktura proforma na wnioskowany sprzęt.	
8.Dowód osobisty do wglądu.	
9. Dla osób wnioskujących o dofinansowanie zestawu komputerowego stacjonarnego lub przenośnego: -zaświadczenie od lekarza specjalisty, potwierdzające ubytek słuchu na poziomie od 70 decybeli, a także stwierdzającego zasadność dofinansowania, - dzieci i młodzież uczące się - zaświadczenie lekarza specjalisty, psychologa lub pedagoga szkolnego stwierdzającego zasadność dofinansowania, zaświadczenie ze szkoły, uczelni o pobieraniu nauki z potwierdzeniem normy intelektualnej, - w przypadku wnioskowania o zakup specjalistycznego oprogramowania, wskazane uzasadnienie logopedy, - dla osób z autyzmem wymagane zaświadczenie potwierdzające potrzebę korzystania w procesie terapii i rehabilitacji ze sprzętu komputerowego, wydawane przez Ośrodki terapeutyczne dla dzieci z autyzmem.	

……..
Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Wypełnia lekarz specjalista

Zaświadczenie lekarskie

dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Rzeszowie w związku z ubieganiem się o dofinansowanie zakupu urządzeń ze środków PFRON w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się/technicznych*

Imię i nazwisko…….

Data urodzenia…… PESEL……

Adres zamieszkania……..

1.Rodzaj niepełnosprawności (zaznaczyć właściwe)

□ dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim lub osoba leżąca
□ dysfunkcja narządu ruchu bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim
□ wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk
□ inna dysfunkcja narządu ruchu
□ dysfunkcja narządu wzroku
□ dysfunkcja narządu słuchu
□ dysfunkcja narządu mowy
□ autyzm

inne schorzenia (jakie?)……

2. Rodzaj sprzętu potrzebnego osobie niepełnosprawnej

……
……
……

3. Uzasadnienie celowości zakupu i użytkowania w/w sprzętu w aspekcie indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej

…….
…….
…….
…….

…… miejscowość i data

……. podpis i pieczątka lekarza

* niepotrzebne skreślić