Miejski Ośrodek
Pomocy Społecznej
ul. Grunwaldzka 59A; 33-300 Nowy Sącz
tel. /018/ 444-36-23, 444-36-24;

Nr sprawy ……..……

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY *(OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ)*

Imię i nazwisko .....

Nr PESEL ……..……Adres zamieszkania[1]….....

…….…..

Data urodzenia .....tel: .....e-mail.....

Przedstawiciel ustawowy dla /małoletniego Wnioskodawcy/ opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko.....nr PESEL .....

Adres zamieszkania:……..……...tel.....

ustanowiony /opiekunem; pełnomocnikiem.....postanowieniem Sądu

Rejonowego z dnia ..... sygn. Akt...../na mocy pełnomocnictwa

potwierdzonego przez Notariusza .....

z dnia .....reper nr .....

Czy osoba niepełnosprawna jest mieszkańcem Domu Pomocy Społecznej: **TAK** ☐ **NIE** ☐

OŚWIADCZENIE Wnioskodawcy o dochodach

- Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 Kodeksu karnego /Dz. U. z 2018r; poz. 1600/ oświadczam, że zgodnie z Ustawą z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych /t.j. Dz.U. z 2021r., poz. 573/, **przeciętny miesięczny dochód** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku **wynosi** ……..…. zł,
dla osoby samotnej …….……zł.
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ……..

KOSZT REALIZACJI – przedmiot 1

Przedmiot wniosku:	
Numer zlecenia:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

[1] W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

KOSZT REALIZACJI – przedmiot 2

Przedmiot wniosku:	
Numer zlecenia:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

KOSZT REALIZACJI – przedmiot 3

Przedmiot wniosku:	
Numer zlecenia:	
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

RAZEM KWOTA WNIOSKOWANA

	Wartość
Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

<u>Forma przekazania dofinansowania:</u>

Gotówką w kasie MOPS ☐

Przekaz pocztowy na adres …… ☐

Konto osobiste nr rachunku: ☐ Nazwa Banku …….

Konto Wykonawcy/Sprzedawcy podane na fakturze ☐

OŚWIADCZENIA:

- Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Nowym Sączu oraz PFRON zgodnie z wymogami RODO (tj. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady /UE/ 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych i uchylenia dyrektyw 95/46/WE (ogólne rozporządzeni o ochronie danych) /Dz. Urz. UE L 119 z 2016r. str.1-88/ oraz przepisami wprowadzającymi RODO i wykonawczymi w celu otrzymania dofinansowania ze środków PFRON
- Oświadczam, że orzeczenie o niepełnosprawności/o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne Wnioskodawcy złożone do wniosku jest prawomocne i ostateczne oraz że nie było wnoszone na to orzeczenie odwołanie.

INFORMACJA

- Wniosek o dofinansowanie zostanie rozpatrzony po zatwierdzeniu przez Radę Miasta Nowego Sącza podziału środków PFRON przypadających w danym roku kalendarzowym na realizację zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej.
- Wysokość dofinansowania zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wynosi do 150 % sumy limitu NFZ oraz wymaganego udziału własnego jeżeli cena zakupu jest wyższa niż ustalony limit (w przypadku ograniczonych środków finansowych procent dofinansowania może ulec zmniejszeniu).
- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowym Sączu z siedzibą przy ulicy Grunwaldzkiej 59 A w Nowym Sączu tel. 18 444 36 23.

Nowy Sącz, dnia ..... ……

czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, op. prawnego, pełnomocnika

ZAŁĄCZNIKI do wniosku:

1. Faktura nr. ……. z dnia ……....
   Faktura nr. ……. z dnia ……..……..
   Faktura nr. ……. z dnia ……..…..
   Faktura nr. ……. z dnia ……..…..
   Faktura nr. ……. z dnia ……....
2. **Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności** lub orzeczenia równoważnego, a w przypadku dzieci do lat 16 kopia orzeczenia o niepełnosprawności z oryginałem do wglądu.
3. **Oryginał faktury** za zakupione przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze,
4. **Kopia zrealizowanego zlecenia** na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzona za zgodność z oryginałem, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie.
5. **Dowodu osobisty (do wglądu)**
6. **Postanowienie/Zaświadczenie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego**.
7. **Pełnomocnictwo notarialne**

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam Pana /ią/ …….

zamieszkałym /ą/ ……

nr PESEL……

- do odbioru gotówki za środki pomocnicze w kasie MOPS
- do przelania środków PFRON na wskazane konto bankowe:
  Nazwa Banku ……... nr

…….

Czytelny podpis osoby niepełnosprawnej