

WNIOSEK DOTYCZY WYŁĄCZNIE MIESZKAŃCÓW MIASTA SŁUPSKA

**Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie**

**w Słupsku**

Tel./fax: 059 84-149-81

Data złożenia.....

(Wypełnia pracownik MOPR)

**WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA  
ZE ŚRODKÓW PFRON DO ZAOPATRZENIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH  
W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE**

**Dane osoby ubiegającej się o dofinansowanie**

Nazwisko ..... Imię .....

Data urodzenia ..... PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NIP 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 tel.....

Adres .....

Cel dofinansowania .....

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny przypadający na 1 osobę\*, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, wynosił ..... zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami).

.....  
data

.....  
czytelny podpis Wnioskodawcy

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. Kopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności ( **oraz oryginał do wglądu** ).
2. Oryginał faktury określającej cenę nabycia, wyodrębnioną kwotę opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego - w przypadku braku faktury - ofertę handlową określającą cenę nabycia, wyodrębnioną kwotę opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotę udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia do realizacji.
3. Potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopię zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
4. Dowód osobisty (do wglądu).

\* *Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych to dochód pomniejszony o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń: emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o opłacie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.*