

Nr sprawy:

Wniosek kompletny przyjęto w dniu nr

W N I O S E K

o dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

1. DANE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ)

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia:-.....-..... PESEL:

Dow.osob. Seria..... nr.....data wydania.....r.

Termin ważności.....r.

ADRES ZAMIESZKANIA/ZAMELDOWANIA

ADRES KORESPONDENCYJNY

Ulica..... Ulica.....

Kod-..... Miejscowość Kod-..... Miejscowość

Telefon..... e-mail.....

2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (wypełnić, jeśli wniosek dotyczy osoby niepełnoletniej, ubezwłasnowolnionej, posiadającej opiekuna prawnego lub pełnomocnika):

Imię i nazwisko: PESEL.....

Dow.osob. Seria..... Nrdata wydania.....r.

Termin ważności.....r.

ADRES ZAMIESZKANIA/ZAMELDOWANIA

ADRES KORESPONDENCYJNY

Ulica..... Ulica.....

Kod-..... Miejscowość Kod-..... Miejscowość

Telefon..... e-mail.....

Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia

sygnatura akt

Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

dnia nr repertorium

3. Posiadane orzeczenie (wstawić znak X we właściwej rubryce)

☐ stopień Znaczny / I Gr. / całkowicie niezdolny do pracy i samodzielnej egzystencji

☐ stopień Umiarkowany / II Gr. / całkowicie niezdolny do pracy

☐ stopień Lekki / III Gr. / częściowo niezdolny do pracy

☐ niepełnosprawność osoby do 16 roku życia

(proszę podać datę ważności posiadanego orzeczenia oraz numer wydanego orzeczenia)

.....

4. Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze zgodnie z załączoną fakturą

L.p.	Nazwa przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego	Ilość	Koszt całkowity
Wystawca		Nr faktury / rachunku	Data faktury

5. Oświadczenie

- Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosizł. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi(zgodnie z zał. nr 1).
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych /mojego dziecka/podopiecznego w bazie danych MOPS Żory dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji dofinansowania, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 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. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni od daty ich zaistnienia.
- Oświadczam**, że zostałem/zostałam poinformowany/a, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania oraz, że wniosek złożony w 2019 nie przechodzi na rok następny.

Żory, dnia/...../2019 r.

.....
(podpis Wnioskodawcy
/przedstawiciela ustawowego)

Załączniki obowiązujące przy składaniu wniosku:

- Faktura** za zakupione przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze określająca kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup (**oferta** określająca cenę nabycia).
- Kopia zrealizowanego zlecenia** na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze **potwierdzona za zgodność**, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie (sklep).
- Kopia aktualnego orzeczenia stwierdzającego niepełnosprawność dziecka do 16 roku życia, **oryginał do wglądu**.
- Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, **oryginał do wglądu**.
- Pełnomocnictwo notarialne bądź postanowienie Sądu o ustanowienie kuratora dla Osoby Niepełnosprawnej-niezdolnej do złożenia podpisu na wniosku.
- Oświadczenie o sposobie otrzymania środków finansowych wraz z nazwą banku, numerem konta oraz danymi właściciela rachunku bankowego (*załącznik nr 2*).
- Oświadczenie o dochodach (*załącznik nr 1*).

**Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie osób
pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym**

dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Żorach celem otrzymania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pod adresem

zamieszkują następujące osoby:

Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Przeciętny miesięczny dochód obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
Dane dotyczące Wnioskodawcy:			
1.			
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa:			
2.			
3.			
4.			
5.			
Razem			

Oświadczam, że:

1. Przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, pomniejszony o kwoty alimentów świadczonych na rzecz innych osób oraz koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne nie zaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenia zdrowotne, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (kwartał to miesiące I–III, IV–VI, VII– IX, X–XII) o dofinansowanie, przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł złgr.
2. Świadomy odpowiedzialności karnej (art. 233 § 1 kk) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu podane zostały zgodnie z prawdą. Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Żory, dnia/...../2019 r.

.....
(podpis Wnioskodawcy
/przedstawiciela ustawowego)

Procedura dotycząca przyznawania dofinansowania zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

1. W celu ubiegania się o dofinansowanie należy:

- a) uzyskać od lekarza zlecenie na zaopatrzenie w dany przedmiot ortopedyczny lub środek pomocniczy

Uwaga! Lekarz pierwszego kontaktu może wystawić zlecenie tylko na niektóre przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (np. pieluchomajtki, materac przeciwoślizgowy), natomiast na wózek inwalidzki i inne przedmioty specjalistyczne zlecenie wystawia lekarz specjalista.

- b) zlecenie dostarczyć do Narodowego Funduszu Zdrowia, celem określenia kwoty opłaconej z NFZ,
- c) potwierdzenie zlecenia przez NFZ dostarczyć do sklepu/firmy, w którym będzie zakupiony przedmiot ortopedyczny lub środek pomocniczy,
- d) wypełniony wniosek wraz załącznikami złożyć w MOPS w Żorach, Zespół ds. Osób Niepełnosprawnych ul. Boryńska 13, pok. nr 9, tel. 32 43 57 840 wew.30.

2. Złożony, kompletny wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu podziału środków finansowych na 2019 rok przez Radę Miasta Żory.

3. Wnioski rozpatrywane są w kolejności złożenia do wyczerpania środków finansowych przyznanych na ten cel.

4. Po rozpatrzeniu wniosku i przyznaniu dofinansowania Wnioskodawca otrzymuje kwotę dofinansowania na wskazane konto i jest to równoznaczne z informacją o przyznanym dofinansowaniu.

5. W przypadku nieprzyznania dofinansowania wnioskodawca zostanie poinformowany listownie na wskazany we wniosku adres zamieszkania.

Przyjmuję do wiadomości powyższą procedurę oraz informację, że niniejszy wniosek złożony w dniu zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na 2019 rok przez Radę Miasta Żory.

.....
(podpis Wnioskodawcy
/przedstawiciela ustawowego)

Oświadczenie dotyczące przekazania
środków finansowych

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(kod pocztowy i miejscowość)

Proszę o przełanie środków finansowych za zakup

.....

Przelewem na rachunek bankowy:

Imię i nazwisko właściciela:

Adres:

Nazwa banku:

Nr rachunku bankowego:

Żory, dnia/...../2019 r.

.....
(podpis Wnioskodawcy
/przedstawiciela ustawowego)

Klauzula informacyjna przy pobieraniu danych bezpośrednio od osoby

Zgodnie z art. 13 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Żorach z siedzibą w Żorach ul. Księcia Przemysława 2;
- 2) kontakt z inspektorem ochrony danych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Żorach pod adresem e-mail: iodo@mops.zory.pl , nr telefonu: 32 43 42 412 wew. 19;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach realizacji ustawowych zadań Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Żorach- na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c, e RODO oraz na podstawie Art. 9 ust. 2 lit. g) RODO;
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa i podmioty upoważnione na podstawie umów;
- 5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
- 6) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z Jednolitym Rzecзовym Wykazem Akt;
- 7) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 8) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, zajmującego się ochroną danych osobowych;
- 9) podanie Pani/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do udzielenia pomocy / przyznania świadczeń;
- 10) Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu;
- 11) Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane ręcznie oraz automatycznie.

Oświadczam, że zostałem zapoznany z powyższymi danymi

Żory, dnia

.....
czytelny podpis