MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
W ŁODZI
Zespół ds. Rehabilitacji Społecznej
Osób Niepełnosprawnych
90-012 Łódź, ul. Kilińskiego 102/102A
NIP 725-00-28-902
tel. 42 685-43-53; fax 42 632 41 30

Data: .....

nr rejestru .....

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

(wypełnia osoba niepełnosprawna)

Część A: Informacje o Wnioskodawcy:

1. **Imię i nazwisko:**.....

   syn/córka:.....**data urodzenia:** .....
   imię ojca

   Adres zamieszkania:.....

   Telefon (fax.):.....

   PESEL:.....

   Dowód osobisty: seria.....**nr** .....**wydany przez** .....

   .....

   Nazwa banku i nr konta: .....

   Stopień niepełnosprawności: .....

   Rodzaj niepełnosprawności: .....

2. **Średni miesięczny dochód przypadający na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek** *(wypełnia pracownik MOPS w Łodzi na podstawie oświadczenia wnioskodawcy):*

.....

3. **Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON** *(wypełnia pracownik MOPS w Łodzi na podstawie oświadczenia wnioskodawcy*:

.....
(cel, nr i data zawarcia umowy, kwota przyznana, stan rozliczenia)

.....

.....

.....

4. **Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika:**

Imię i nazwisko:_____syn/córka:_____
imię ojca

Dowód osobisty: seria_____nr _____wydany w dniu_____ przez:

_____

PESEL:_____

adres zamieszkania _____

ustanowiony opiekunem/ pełnomocnikiem_____

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia_____sygn. akt/ na mocy pełnomocnictwa

potwierdzonego przez notariusza_____z dnia_____

repet. Nr_____)

Część B: Informacje o przedmiocie wniosku

1. **Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania** _____

_____

2. **Podstawowe informacje dotyczące zakupu sprzętu rehabilitacyjnego:**

Lp.	Nazwa	Ilość sztuk	Cena jednostkowa	Wartość ogółem	Do weryfikacji *(wypełnia MOPS)*
RAZEM					

3. **Uzasadnienie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego i przewidywane skutki zmniejszenia niepełnosprawności:**

_____

_____

_____

_____

4. **Miejsce instalacji sprzętu rehabilitacyjnego (nie dotyczy sprzętu przenośnego):**

_____

5. **Kosztorys przedsięwzięcia:**

Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia:_____

Własne środki lub pozyskane z innych źródeł aniżeli PFRON:_____

Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:_____ **zł**

słownie złotych:_____

6. **Inne informacje uzupełniające o przedmiocie wniosku:**_____

_____

Świadomy(mi) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art.233 k.k.), oświadczam(y), że informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

(art. 233 § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć jako za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.)

_____

(podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika)

Łódź, dnia _____

Załączniki wymagane do wniosku **(oryginały do wglądu)**:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności.
2. Opinia lekarza właściwego ze względu na rodzaj schorzenia, uzasadniająca posiadanie wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego przez Wnioskodawcę.
3. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym zostanie zainstalowany wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny.
4. Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łodzi może zobowiązać Wnioskodawcę o udokumentowanie wysokości uzyskiwanych dochodów.
5. Oświadczenie Wnioskodawcy o korzystaniu ze środków PFRON.
6. Faktura pro forma
7. Inne dokumenty.