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

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek nr wniosku, data złożenia wniosku

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

data wpływu kompletnego wniosku

**WNIOSEK**

**o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia osób niepełnosprawnych**

**w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze**

1. **Dane dotyczące wnioskodawcy:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko i imię: | PESEL: | | |
| Nazwisko i imię opiekuna prawnego: | PESEL: | | |
| Adres:  ***Przemyśl, ul.*** | | | Telefon: |
| Dowód osobisty:    Seria ………………. Nr ……..………………………….….  Wydany w dniu …………………………………………….......    Organ wydający ……………………………............................... | | Konto bankowe lub nr dowodu osobistego osoby  pobierającej dofinansowanie z kasy U.M.  …………….….……………….…….……………  *Imię i nazwisko*  Dowód os. seria …………. Nr …………..……..  Nr konta …………………………………………  …………………………………………………… | |

1. **Nazwa przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego:**

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

1. **Informacja o wcześniejszym dofinansowaniu \*:**

|  |
| --- |
| **Korzystałem /łam z dofinansowania** : **Tak** *(podać rok) ...................................* **Nie** |

***Przemyśl, dnia***

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

(miejscowość, data) (podpis wnioskodawcy)

|  |
| --- |
| \* właściwe zaznaczyć  **Do wniosku należy dołączyć:**   1. **oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym,** 2. **kopia orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (grupie inwalidzkiej),** 3. **faktura określająca kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego oraz potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopię realizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.** |

**OŚWIADCZENIE**

**wnioskodawcy o dochodach netto we wspólnym gospodarstwie domowym**

Ja niżej podpisany (a) ........................................................................................................................................

(imię i nazwisko)

zamieszkały(a) Przemyśl,

**oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię** | **Nazwisko** | **Stopień pokrewieństwa**  **z wnioskodawcą** | **Dochód miesięczny netto\*** |
| **Dane dotyczące Wnioskodawcy:** | | | |
|  |  | **X** |  |
| **Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa:** | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | | **Razem** |  |

W przypadku osób samotnych do oświadczenia należy wpisać tylko wnioskodawcę.

Oświadczam, że **średni miesięczny dochód netto**\*\* przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosił .................. zł ......... gr.

Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.

Wnioskodawca zobowiązany jest na żądanie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Przemyślu dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku,   
w bazie danych MOPS dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadań powiatu z zakresu rehabilitacji społecznej, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 2019 r. poz. 1781).

**Ja niżej podpisany, pouczony o odpowiedzialności karnej z art. 233 1 kk**

**za składanie fałszywych zeznań, składam stosownie do zapisu art. 75 § 2 kpa powyższe oświadczenie.**

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

(miejscowość) (data) (czytelny podpis Wnioskodawcy)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * **dochód miesięczny netto:**   dochód członka rodziny ustala się za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, pomniejszony o:   * obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, * składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, * kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym. | | |
| \*\* **średni miesięczny dochód netto** = | **łączny dochód za kwartał netto** | **: 3** |
| **liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym** |