



MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
W ŁODZI

Zespół ds. Rehabilitacji Społecznej
Osób Niepełnosprawnych
90-012 Łódź, ul. Kilińskiego 102/102A
NIP 725-10-23-290
tel. 42 637 72 45; fax 42 632 41 30

Data:

nr rejestru

W N I O S E K

**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)
R A Z E M					

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 zamieszkających 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.