



Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Sopocie  
Dział Pomocy Seniorom i Osobom Niepełnosprawnym  
Zespół ds. Rehabilitacji Społecznej  
ul. Kolejowa 14, 81-835 Sopot  
58 555 15 76, 58 551 17 10, 58 551 44 19

Wpłynęło .....  
Nr z rejestru wpływów .....  
Ilość załączników .....  
Znak akt: **DPSiON.ZRS.5112.....2020**

**Wniosek o dofinansowanie  
zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny  
w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**  
*(we wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy")*

**1. Dane osoby ubiegającej się o dofinansowanie**

|                    |               |              |            |
|--------------------|---------------|--------------|------------|
| Imię i nazwisko    |               |              |            |
| PESEL              |               |              |            |
| Adres zamieszkania | ul.           | nr domu:     | nr lokalu: |
|                    | Kod pocztowy: | Miejscowość: |            |
| Adres zameldowania | ul.           | nr domu:     | nr lokalu: |
|                    | Kod pocztowy: | Miejscowość: |            |
| Data urodzenia     |               | Nr telefonu  |            |

**2. Dane dziecka lub osoby ubezwłasnowolnionej**

|                    |               |              |            |
|--------------------|---------------|--------------|------------|
| Imię i nazwisko    |               |              |            |
| PESEL              |               |              |            |
| Adres zamieszkania | ul.           | nr domu:     | nr lokalu: |
|                    | Kod pocztowy: | Miejscowość: |            |
| Adres zameldowania | ul.           | nr domu:     | nr lokalu: |
|                    | Kod pocztowy: | Miejscowość: |            |
| Data urodzenia     |               | Nr telefonu  |            |

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>3. Stopień niepełnosprawności:</b> |
|---------------------------------------|

|   |  |
|---|--|
| <b>4. Oświadczam, że liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi</b> |  |
|---|--|

|  |  |
|--|--|
| <b>5. Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi</b> |  |
|--|--|

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania:  - firma handlowa  - media  - MOPS Sopot  
 - PFRON  inne, jakie: .....

**6. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON i Gminy Miasta Sopotu (dotyczy wyłącznie środków z budżetu Gminy Miasta Sopotu stanowiących dofinansowanie z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej)**

nie korzystałam/em       korzystałam/em<sup>1)</sup>

| Nazwa instytucji, programu, w ramach którego została przyznana pomoc | Przedmiot dofinansowania | Imię i nazwisko osoby, której przyznano pomoc | Numer i data zawarcia umowy | Kwota dofinansowania ze środków |                     | Rozliczono <sup>1)</sup> |                          |
|--|--------------------------|---|-----------------------------|---------------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|
|  |                          |   |                             | PFRON                           | Gminy Miasta Sopotu | tak                      | nie                      |
|  |                          |   |                             |                                 |                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |                          |   |                             |                                 |                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |                          |   |                             |                                 |                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |                          |   |                             |                                 |                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |                          |   |                             |                                 |                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |                          |   |                             |                                 |                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |                          |   |                             |                                 |                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |                          |   |                             |                                 |                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |                          |   |                             |                                 |                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |                          |   |                             |                                 |                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |                          |   |                             |                                 |                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  |                          |   |                             |                                 |                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Razem uzyskane dofinansowanie</b>                                 |                          |   |                             |                                 |                     |                          |                          |

7. Oświadczam, że  nie posiadam/  posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych <sup>1)</sup>

8. Oświadczam, że  nie byłam/em  byłam/em, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie<sup>1)</sup>

**9. Przedmiot dofinansowania**

| Wykaz planowanych zakupów sprzętu rehabilitacyjnego w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy: | Przewidywany koszt realizacji zadania (koszt zakupu) w zł |
|---|---|
| 1.  |   |
| 2.  |   |
| 3.  |   |
| 4.  |   |
| <b>Razem przewidywany koszt</b>   |   |

|  |  |
|--|--|
| <b>Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania</b> |  |
|--|--|



### 13. Nazwa banku i numer rachunku bankowego Wnioskodawcy

|              |                 |
|--------------|-----------------|
| Nazwa banku: | Numer rachunku: |
|--------------|-----------------|

**O dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, jeżeli zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu.**

**Wysokość dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny wynosi do 60% kosztów tego sprzętu, nie więcej jednak niż do wysokości 5-krotnego przeciętnego wynagrodzenia.**

**Dofinansowanie ze środków Funduszu nie przysługuje, jeżeli podmiot ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu lub podmiot ten był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu.**

**Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (tj.: z 2015 r. Dz. U. poz. 926)**

**Przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.**

Sopot, dnia .....

.....  
*czytelny podpis Wnioskodawcy, pełnomocnika  
lub opiekuna prawnego*

<sup>1)</sup> proszę wstawić X we właściwej rubryce

Załączniki do wniosku o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny:

- 1) orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy lub inne orzeczenie równoważne, a w przypadku osób do lat 16 orzeczenie o niepełnosprawności (kopia, oryginał do wglądu),
- 2) dowód osobisty (do wglądu),
- 3) aktualne zaświadczenie wystawione przez lekarza potwierdzające rodzaj schorzenia lub dysfunkcji, potrzebę zakupu sprzętu rehabilitacyjnego oraz potrzebę prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu tego sprzętu - załącznik do wniosku o dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny,
- 4) w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – wyrok sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (kopia, oryginał do wglądu),
- 5) w przypadku reprezentowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika – pełnomocnictwo notarialne (kopia, oryginał do wglądu),
- 6) oferta lub faktura proforma określająca rodzaj sprzętu rehabilitacyjnego i jego przewidywaną wartość,
- 7) dokumenty potwierdzające wysokość dochodu (do wglądu),
- 8) klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Sopocie,
- 9) oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.

