



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Data wpływu wniosku:

Nr sprawy:

**RN.716. .... . 20...**



*Wniosek złożony w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Rzeszowie, ul. Skubisza 4,  
tel. 17/86-30-253, w 30.*

## **WNIOSEK**

### **o dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego dla osób indywidualnych**

/wypełnia osoba niepełnosprawna/Przedstawiciel ustawowy/Opiekun Prawny/Pełnomocnik/

#### **Dane dotyczące Wnioskodawcy (osoby z niepełnosprawnością):**

Nazwisko:	Imię:	Imię ojca:
Data urodzenia:	Miejsce urodzenia:	
Seria i nr dowodu osobistego:	Wydany przez:	
PESEL:	Stan cywilny:	
Adres zamieszkania (ul., nr domu/mieszkania):		
Kod:	Miejscowość:	Nr tel.:
Adres zameldowania:		

Proszę o dofinansowanie zakupu:

.....  
.....

*/podać nazwę sprzętu/*

Przewidywany koszt zakupu: ..... zł

Kwota wnioskowanego dofinansowania: ..... zł (słownie: .....

..... zł).

#### **Krótkie uzasadnienie składanego wniosku, cel dofinansowania**

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

## Informacje o Wnioskodawcy

### I. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik <sup>(1)</sup>

<b>1. znaczny</b>	
• inwalidzi I grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
• osoby w wieku do lat 16 posiadające orzeczenie o niepełnosprawności	
<b>2. umiarkowany</b>	
• inwalidzi II grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy	
• inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
<b>3. lekki</b>	
• pozostali inwalidzi III grupy	
• osoby częściowo niezdolne do pracy	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

### II. Rodzaj niepełnosprawności <sup>(1)</sup>

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim/osoba leżąca	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu i/lub mowy	
5. autyzm	
6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

### III.A. Sytuacja mieszkaniowa - zamieszkuje <sup>(1)</sup>

1. niepełnosprawny wnioskodawca wychowujący samotnie małoletnie dzieci	
2. samotnie	
3. z rodziną	
4. z osobami niespokrewnionymi	

### III.B. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

Nazwisko i imię	Stopień pokrewieństwa	Stopień i rodzaj niepełnosprawności		Dochód miesięczny
		stopień	rodzaj	
1.	Wnioskodawca			
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

(1) wstawić znak „x” we właściwej rubryce

#### IV. Sytuacja zawodowa <sup>(1)</sup>

1. zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą*	
2. młodziż w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3. bezrobotny poszukujący pracy/rencista poszukujący pracy* (zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy)	
4. rencista/ emeryt niezainteresowany podjęciem pracy*	
5. dzieci i młodziż do lat 18	

#### V. Oświadczenie o wysokości dochodów

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostaje: 1 + ..... osób (podać liczbę).

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, wynosił: ..... zł.

#### **Uwaga**

**Zasilki: pielęgnacyjny, rodzinny i wychowawczy, nie wlicza się do dochodu.**

#### VI. Informacja o korzystaniu ze środków finansowych PFRON <sup>(1)</sup>

1. Na dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego:	
a/ nie korzystał	
b/ korzystał :	
numer umowy	
rok w którym podpisano umowę	
2. Korzystał na inne cele i rozliczył się	

#### VII. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonym na ten cel

.....

.....

.....

(1) wstawić znak „x” we właściwej rubryce

\* niepotrzebna skreślić

## VIII. Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik

..... syn/córka\* .....  
/imię(imiona) i nazwisko/ ..... /imię ojca/  
seria ..... nr ..... wydany w dniu ..... przez.....  
/dowód osobisty/  
nr PESEL ..... miejscowość .....  
ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....  
/adres stałego zameldowania/  
nr kodu .....-..... poczta ..... powiat.....  
województwo ..... nr tel./faxu (z nr kier.) .....  
ustanowiony Opiekunem/Pełnomocnikiem\* .....  
postanowieniem Sądu Rejonowego ..... z dn. ....  
sygn. Akt ...../ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza  
..... z dn. .... repet. Nr .....\*

### Uwaga:

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.

### Oświadczenia:

- Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec Funduszu i nie byłem w ciągu trzech lat przed złożeniem niniejszego wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, którą rozwiązano z przyczyn leżących po mojej stronie.
- W przypadku rezygnacji z dofinansowania zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić, w formie pisemnej o niniejszym fakcie Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Rzeszowie.
- Oświadczam, że ojciec/matka dziecka nie jest pozbawiony/a władzy rodzicielskiej i wyraża/ją zgodę na ubieganie się o dofinansowanie.
- Uprzedzona/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 t.j.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się informować w formie pisemnej w ciągu 14 dni.
- Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych (RODO) w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Rzeszowie.
- Oświadczam, że o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem MOPS w Rzeszowie.

Rzeszów, dnia.....

.....  
/podpis Wnioskodawcy/Przedstawiciela ustawowego/  
Opiekuna prawnego/Pełnomocnika\*/

\* niepotrzebne skreślić

**Załączniki do wniosku o dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego dla osób indywidualnych:**

- 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) 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 osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą (kopia, oryginał do wglądu),
- 3) dowód osobisty (do wglądu),
- 4) aktualne zaświadczenie lekarskie właściwego lekarza specjalisty mówiące o rodzaju niepełnosprawności ze wskazaniem posiadania wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego wynikającego z niepełnosprawności (na druku stanowiącym załącznik do wniosku),
- 5) faktura pro-forma lub kosztorys lub oferta cenowa na wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny,
- 6) folder wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego,
- 7) w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – wyrok sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (kopia, oryginał do wglądu),
- 8) w przypadku reprezentowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika – pełnomocnictwo notarialne (kopia, oryginał do wglądu).

---

Wypełnia MOPS

**Suma uzyskanych punktów**

**Ocena zasadności wniosku**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
/data i podpis/

*wypełnia lekarz specjalista*

.....  
*Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego*

**Zaświadczenie lekarskie**

dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Rzeszowie w związku z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków PFRON zakupu sprzętu rehabilitacyjnego

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia..... PESEL.....

Adres zamieszkania.....

1. Posiada dysfunkcję narządu ruchu (określić jakie) lub inne schorzenia: .....

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

2. W/w osoba niepełnosprawna wymaga rehabilitacji w warunkach domowych w zakresie:

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

3. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie: .....

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

.....  
*miejsowość i data*

.....  
*podpis i pieczętka lekarza*