

Nr sprawy: DR.612.../...../.....

Uwaga! Wnioski o dofinansowanie można składać w Filiach MOPS właściwych ze względu na miejsce zamieszkania osoby niepełnosprawnej lub w siedzibie MOPS przy ul. Józefińskiej 14 w Krakowie

W N I O S E K
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB
NIEPEŁNOSPRAWNYCH DO ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI
POMOCNICZE PRZYZNAWANE NA PODSTAWIE ODRĘBNYCH PRZEPISÓW NA WNIOSK
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ZAMIESZKAŁYCH NA TERENIE GMINY MIEJSKIEJ KRAKÓW

Niniejszy wniosek jest załącznikiem do procedury MOPS-36 określającej podstawowe prawa i obowiązki stron przy realizacji niniejszego zadania. Procedura dostępna jest na stronie internetowej www.mops.krakow.pl, wywieszona w gablotach w siedzibie MOPS przy ul. Józefińskiej 14 – parter lub dostępna w punkcie informacyjnym w pokoju nr 10.

CZĘŚĆ A. WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

I. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA

.....
 /nazwa wnioskowanego sprzętu, środka pomocniczego/

II. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ)

.....syn/córka.....
 /imię i nazwisko/ /imię ojca Wnioskodawcy/

Nr PESEL.....,nr kodu..... Kraków, ulica.....

nr domu.....nr lokalu.....nr telefonu kontaktowego.....
/obowiązkowo/

III. POSIADANE PRZEZ WNIOSKODAWCĘ ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

.....
 / proszę wpisać rodzaj posiadanego orzeczenia, grupy inwalidzkiej lub stopnia niepełnosprawności – orzeczenie w załączeniu /

IV. DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA

.....syn/córka
 /imię i nazwisko/ /imię ojca/

seria nr wydany w dniu przez
/dowód osobisty/

nr PESEL miejscowość ulica

nr domunr lokalunr kodu poczta powiat

województwo:..... nr tel./faxu (z nr. kier.)

.....
 / rodzaj dokumentu i data wydania np. pełnomocnictwo notarialne , zaświadczenie o opiece prawnej – kserokopia dokumentu w załączeniu /

V. OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał kalendarzowy poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wyniósł

..... zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi (podać łącznie z wnioskodawcą)

Data podpis i pieczęć pracownika MOPS

CZĘŚĆ C. WYPEŁNIA PRACOWNIK DZIAŁU REHABILITACJI MOPS

--

	I	II
Limit cenowy Narodowego Funduszu Zdrowia	,.....zł	,.....zł
Refundacja Narodowego Funduszu Zdrowia (od wysokości limitu)		
☐ 50% ☐ 70% ☐ 90% ☐ 100%	,.....zł	,.....zł
Całkowita cena przedmiotu	,.....zł	,.....zł
Wymagany udział własny osoby niepełnosprawnej	,.....zł	,.....zł
Faktyczny udział własny	,.....zł	,.....zł

Rodzaj przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego.....

.....

Max. wysokość dofinansowania

.....

Kwota dofinansowania ze środków PFRON.....

Sposób przekazania dofinansowania ☐ P ☐ PP ☐ ROR

Kraków, dnia 20.... r

.....
/podpis i pieczętka pracownika MOPS - DR/