

WNIOSEK
w sprawie dofinansowania ze środków PFRON kosztów nabycia przedmiotów
ortopedycznych i środków pomocniczych

zwracam się z prośbą o pomoc finansową ze środków PFRON w formie dofinansowania zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w kwocie

słowniezł

cel dofinansowania

Nr konta bankowego, na które należy przesłać środki finansowe.....

Imię i nazwisko wnioskodawcy	
Imię i nazwisko dziecka niepełnosprawnego (dot. dzieci do 18 r. życia w imieniu których wniosek składa rodzic/ opiekun prawny)	
data urodzenia osoby niepełnosprawnej	
Nr PESEL	
adres zamieszkania, telefon	
rodzaj orzeczenia ze wskazanym stopniem lub grupą	

Struktura rodziny prowadzącej wspólne gospodarstwo domowe

lp	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	wiek	Dochody (miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku)
1		WNIOSKODAWCA		
2	Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – <i>obok należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą: (w tym dzieci/rodzeństwo do 25 r. życia)</i>			
3				
4				
5				
6				
7				
Dochód miesięczny na jednego członka rodziny				

Pouczenie (dot. całego wniosku):

Osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis,

albo

w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać.

ZAŁĄCZNIKI:

Do wniosku załączam:

1. oświadczenie o dochodach (w załączeniu oświadczenie).

2. fakturę **określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup**, wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, **kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze**

lub

kopię zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z **ofercą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji**

3. druk pokwitowania wpłaty udziału własnego z wyszczególnieniem kwoty opłaconej przez NFZ w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

4. potwierdzone za zgodność z oryginałem ksero ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018r., poz. 1000).

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadom/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
podpis wnioskodawcy*/ przedstawiciela ustawowego* / opiekuna prawnego* / pełnomocnika*

- właściwe zaznaczyć znakiem X w kratce

wypełnia PCPR

Po dokonanej analizie wniosku zgodnie z procedurami przyznawania dofinansowania

Postanawia się

przyznać / nie przyznać dofinansowanie

w kwociezł

słownie:złotych

.....
data

.....
pieczęć

.....
podpis i pieczęć

.....,dnia.....

imię, nazwisko

.....

adres

.....

.....

OŚWIADCZENIE

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 KK § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.) oświadczam, że przeciętny **miesięczny dochód (netto)** w rodzinie, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczany za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**

wynosił.....zł , słownie.....

.....

Ilość osób w rodzinie.....

.....

podpis wnioskodawcy*/ przedstawiciela ustawowego* / opiekuna prawnego* / pełnomocnika*

OŚWIADCZENIE

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 KK § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.) oświadczam, że:

- **nie posiadam zaległości wobec PFRON**
- **w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie**

.....

podpis wnioskodawcy*/ przedstawiciela ustawowego* / opiekuna prawnego* / pełnomocnika*

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego(o ile dotyczy):

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

Przez administratora danych tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Piastowskiej 33a w Nysie, w celach związanych z realizacją wniosku dotyczącego dofinansowania ze środków PFRON kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ustawą o ochronie danych osobowych.

Ponadto wyrażam zgodę na podanie mojego numeru telefonu w celu ułatwienia kontaktowania się ze mną w sytuacjach , gdy jest to niezbędne.

Podanie numeru telefonu jest świadomie wyrażoną i dobrowolną zgodą.

.....
podpis wnioskodawcy*/ przedstawiciela ustawowego* / opiekuna prawnego* / pełnomocnika*

Informacje uzupełniające do wniosku

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY (dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej), opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko:.....

PESEL:

Adres zamieszkania:.....

.....
Data urodzenia:

ustanowiony/a przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:

.....
(imię i nazwisko podopiecznego)

postanowieniem Sądu Rejonowego:.....

z dn. sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

.....
z dn. repet. nr

Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1,2,3 ustawy z dn. 6 czerwca 1997r. oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się pisemnie informować w ciągu 14 dni

.....
podpis wnioskodawcy*/ przedstawiciela ustawowego* / opiekuna prawnego* / pełnomocnika*

data:

* niepotrzebne skreślić