

.....
Data wpływu

Włoszczowa, dnia.....20....r

Nr wniosku 4016/...../20...

WNIOSEK
O dofinansowanie zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze realizowane przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

***1 DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

Nazwisko	Imię	Data urodzenia
Nr dowodu osobistego	NIP	PESEL
Adres i numer telefonu		
STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI: (właściwy zaznaczyć i wpisać datę ważności)		
1. Znaczny.....2. Umiarkowany.....3. Lekki.....		

W przypadku dzieci: orzeczenie o niepełnosprawności.

.....

***2 DANE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNEGO DZIECKA**

Nazwisko i imię niepełnosprawnego dziecka	
Adres	PESEL

Cel dofinansowania:

.....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych teraz i w przyszłości, na zasadach określonych w ustawie z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 poz. 922.) w bazie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we Włoszczowie ul. Wiśniowa 10, w związku z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków PFRON.

Oświadczam, że zostałem poinformowany o dobrowolności podania tych danych, prawie do ich wglądu oraz ich poprawienia.

Włoszczowa dn.

.....
(Podpis Wnioskodawcy)

Rodzaj i nazwa przedmiotu ortopedycznego /środka pomocniczego	Pozycja limitu	Cena zakupu	Limit cenowy NFZ	Udział własny	Ilość

*1 W przypadku osób nieletnich (dzieci i młodzież do 18 lat) Wnioskodawcą jest jedno z rodziców lub opiekun prawny.

*2 Wypełnić w przypadku ubiegania się o dofinansowanie dla niepełnosprawnego dziecka

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O DOCHODACH

Ja niżej podpisany(a)
(imię i nazwisko)

oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

L.p.	Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Dochód miesięczny
Dane dotyczące Wnioskodawcy				
1			X	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
Razem:				

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosi:.....zł.**
(słownie):.....

Do wniosku należy dołączyć:

- zaświadczenia o dochodach za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku ,
- w przypadku pobierania świadczeń w Ośrodku Pomocy Społecznej – zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej o wysokości wypłacanych świadczeń za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku,.
- Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał orzeczenia do wglądu)
- Fakturę określającą kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenia, kopię zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

Włoszczowa dn.....

.....
Podpis Wnioskodawcy

Do wniosku dołączam:

- Faktura VAT/ rachunek Nr z dnia:
.....
.....
na zakup przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego
- Kopia aktualnego orzeczenia stwierdzającego niepełnosprawność
- Dane dotyczące numeru konta, na które ma być przekazana kwota dofinansowania:
.....
.....

Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON				<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	
Syntetyczny opis efektów przyznanego i wykorzystanego dofinansowania					
.....					

Włoszczowa dn.....
.....
Podpis Wnioskodawcy

Wypełnia pracownik PCPR

DECYZJA POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Włoszczowie podjęło decyzję pozytywną/negatywną* i przyznaje/ nie przyznaje* środki PFRON w kwocie.....zł, słownie.....
na dofinansowanie do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze dla Pana/ Pani

.....
data (dzień-miesiąc-rok) *pieczęć PCPR* *Pieczęć i podpis Kierownika PCPR*
Strona 3

Włoszczowa dnia.....20...r.

Oświadczenie

Oświadczenie, że jest mi znana treść art. 233§1 Kodeksu Karnego: „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

.....
Podpis Wnioskodawcy