

WNIOSEK
WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚROKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB
NIEPEŁNOSPRAWNYCH ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

1. Dane dotyczące Wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej):

Imię i nazwisko _____

Adres zamieszkania _____

PESEL _____ Telefon _____

2. Dane dotyczące Przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego Wnioskodawcy:

(należy wypełnić, gdy osoba niepełnosprawna nie jest pełnoletnia lub nie ma pełnej zdolności do czynności prawnej)

Imię i nazwisko _____ Telefon _____

Adres zamieszkania _____

3. Przedmiot dofinansowania _____

4. Czy wnioskodawca:

a) ma zaległości wobec PFRON? **TAK:** **NIE:**

b) w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku był stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie wnioskodawcy? **TAK:** **NIE:**

c) przebywa w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej? **TAK:** **NIE:**

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 wynosił: _____ zł.

- liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: _____

- niniejsze składam świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 kodeksu karnego, który za składanie nieprawdziwych zeznań przewiduje karę pozbawienia wolności do lat 3.

6. Proszę o przekazanie przyznanego dofinansowania przelewem na konto bankowe:

(nazwa banku i nr rachunku bankowego)

CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY, RODZICA
LUB OPIEKUNA PRAWNEGO

Czy wyraża Pani/Pan zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych zamieszczonych w niniejszym wniosku o dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze w zakresie:

numer/y telefonu

numer konta bankowego

przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Wojska Polskiego 195A, 86-100 Świecie, w celu możliwości skontaktowania się z Panią/Panem w sprawach związanych z realizacją niniejszego wniosku i/lub przekazania przyznanego dofinansowania na Pani/Pana konto bankowe? NIE TAK

CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY, RODZICA
LUB OPIEKUNA PRAWNEGO

Oświadczam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną udostępnioną w siedzibie PCPR w Świeciu przy ul. Wojska Polskiego 195 A lub na stronie internetowej PCPR (<http://pcpr-swiecie.rbip.mojregion.info>) i znam przysługujące mi prawa dotyczące przetwarzania moich danych osobowych.

CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY, RODZICA
LUB OPIEKUNA PRAWNEGO

- 1a. **Kserokopia orzeczenia** lub wypisu z treści orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub o niezdolności do pracy lub o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów, albo kopię orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego na stałe przed dniem 1 stycznia 1998r.
- 1b. **Kopia zrealizowanego zlecenia** na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze **potwierdzoną za zgodność przez świadczeniodawcę.**
- 1c. **Faktura oryginał za zakup** lub naprawę przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego wystawiona na osobę niepełnosprawną lub dziecko niepełnosprawne określająca kwotę opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ) oraz kwotę udziału własnego wnioskodawcy.

LUB

- 2a. **Kserokopia orzeczenia** lub wypisu z treści orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub o niezdolności do pracy lub o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów, albo kopię orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego na stałe przed dniem 1 stycznia 1998r.
- 2b. **Kopia zlecenia** na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
- 2c. **Oferta określająca cenę nabycia** lub naprawę przedmiotu ortopedycznego lub Środka pomocniczego wystawiona na osobę niepełnosprawną lub dziecko niepełnosprawne z wyodrębnioną kwotą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz terminie realizacji zlecenia od momentu przyjęcia do realizacji.