POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W MYŚLENICACH

Data przyjęcia ..... **DN – OR – 614 - _____/_____**

WNIOSEK O PRZYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON ZAKUPU PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH

PROSZĘ WYPEŁNIC CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI

I. Dane osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko	Adres zamieszkania
Numer dowodu osobistego	Numer PESEL
Posiadane orzeczenie	Numer telefonu kontaktowego

II. Oświadczenie:

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wraz z wnioskodawcą	
Miesięczny dochód (netto) mojej rodziny obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek	
Kwota alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób	
Miesięczny dochód (netto) w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego	

III. Nazwa przedmiotu ortopedycznego i/lub środka pomocniczego

_____

IV. Dane opiekuna prawnego/kuratora/pełnomocnika/przedstawiciela ustawowego osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko	Adres zamieszkania
Numer dowodu osobistego	Numer PESEL
Numer telefonu kontaktowego	

Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań, wynikającej z art. 233 § 1 KK „ 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”
Zostałam/em poinformowana/y o szczegółowych procedurach realizacji wniosku dotyczącego dofinansowania do przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 poz. 1182 z późn. zm.)

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręczny podpisem.

Myślenice, dnia .....

.....

Podpis wnioskodawcy lub opiekuna prawnego/
/kuratora/pełnomocnika/przedstawiciela ustawowego

Załączniki do wniosku:

1. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, grupie inwalidzkiej lub w przypadku osoby do 16 r. ż orzeczenia o niepełnosprawności
2. Fakturę określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z potwierdzoną za godność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, albo
3. Kopię zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębniona kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwota udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji
4. dowód osobisty wnioskodawcy i/lub opiekuna o ile wpisany powyżej – do wglądu
5. kopia postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego/aktu notarialnego lub inny dokument stwierdzający, iż opiekun (o ile wypisany powyżej) sprawuje opiekę nad wnioskodawcą

_____ _____

imię i nazwisko wnioskodawcy ZNAK PISMA PCPR

_____

adres zamieszkania

_____

OŚWIADCZENIE

Proszę o przekazanie przyznanego dofinansowania zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze na poniższy rachunek bankowy.

Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego wraz z adresem zamieszkania:

_____

Nazwa banku i adres:

_____

Numer rachunku bankowego:

W przypadku zmiany numeru konta zobowiązuję się do poinformowania o tym fakcie PCPR w terminie 7 dni.

Data i czytelny podpis wnioskodawcy/
opiekuna prawnego/kuratora/pełnomocnika/
przedstawiciela ustawowego

_____