



pieczęć wpływu wniosku

.....
data wpływu kompletnego wniosku - wypełnia PCPR

PCPR.532.1. _____
Nr wniosku - wypełnia PCPR

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków

Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze dla osoby niepełnosprawnej

Część A: Dane Wnioskodawcy

1. Dane osoby niepełnosprawnej dorosłej lub niepełnosprawnego dziecka

.....dziecko/dorosły*	
imię i nazwisko Wnioskodawcy * podkreślić właściwe	
PESEL (ulica/nr domu/nr lokalu/miejscowość)
nr telefonu (kod pocztowy/pocztą)
adres zamieszkania Wnioskodawcy	

2. Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika Wnioskodawcy

.....	
imię i nazwisko przedstawiciela Wnioskodawcy – pokrewieństwo z Wnioskodawcą	
PESEL (ulica/nr domu/nr lokalu/miejscowość)
nr telefonu (kod pocztowy/pocztą)
adres zamieszkania przedstawiciela Wnioskodawcy	

3. Przedmiot dofinansowania

4. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

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** wynosi: _____ zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym (wliczając Wnioskodawcę): _____ .

Liczba załączonych faktur/rachunków do wniosku: _____ .

Wnioskodawca wnioskuję o udzielenie dofinansowania w wysokości: _____ zł.

5. Oświadczenie dotyczące przekazania dofinansowania * właściwe zakreślić krzyżykiem

- na rachunek bankowy sprzedawcy na rachunek bankowy Wnioskodawcy
 na inny rachunek bankowy wskazany przez Wnioskodawcę (w przypadku nieposiadania własnego
 w kasie konta osobistego)

.....
nazwa/imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego

.....
nazwa banku i numer rachunku bankowego

6. Oświadczenie o korzystaniu ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Oświadczam, że:

- 1) nie mam zaległości wobec PFRON i
- 2) w ciągu trzech lat od daty złożenia niniejszego wniosku nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

7. Oświadczenie Wnioskodawcy

- 1) Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/mojego dziecka/podopiecznego przez administratora danych - Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych gromadzonych w systemie informatycznym/nieinformatycznym w celu realizacji niniejszego wniosku, które przekazuję dobrowolnie zastrzegając prawo dostępu, sprawdzania i poprawiania.
- 2) Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Art. 233 § 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.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Oświadczam, że o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim w ciągu 14 dni.

.....
miejsceowość, data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego
Wnioskodawcy, opiekuna prawnego lub pełnomocnika

Załączniki do wniosku:

1. kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia– **oryginał do wglądu**
 2. faktura określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, albo
 3. faktura proforma/oferta cenowa określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji wraz z kopią zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
 4. kopia pełnomocnictwa lub innego dokumentu dającego podstawę prawną do reprezentacji Wnioskodawcy - **oryginał do wglądu**
-

Część B: Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

1. Rozpatrzenie wniosku

- 1) Potwierdzam / nie potwierdzam* kompletność złożonego wniosku oraz załączników do wniosku.
- 2) Potwierdzam / nie potwierdzam* zachowanie kryterium dochodowego, przy kryterium dochodowym _____ zł, dochody wnioskodawcy / rodziny* wynoszą _____ zł na osobę.

.....
data, pieczętka i podpis pracownika rozpatrującego wniosek

2. Rozliczenie dofinansowania

- 1) a) przedmiot dofinansowania
 - b) całkowity koszt przedmiotu
 - c) limit dofinansowania ustalony przez NFZ.....
 - d) udział własny osoby niepełnosprawnej
 - e) limit dofinansowania PFRON
- 2) a) przedmiot dofinansowania
 - b) całkowity koszt przedmiotu
 - c) limit dofinansowania ustalony przez NFZ.....
 - d) udział własny osoby niepełnosprawnej
 - e) limit dofinansowania PFRON

* niepotrzebne skreślić

Uwagi.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
data, pieczętka i podpis pracownika PCPR

3. Decyzja Dyrektora PCPR

Wniosek rozpatrzono pozytywnie / negatywnie* i przyznano / nie przyznano* środki finansowe PFRON w wysokości _____ zł, słownie _____

w ramach dofinansowania zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

.....
data, pieczętka i podpis Dyrektora PCPR

Podstawa prawna:

- 1) ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- 2) rozporządzenie z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

*niepotrzebne skreślić

Oświadczenie wypełnia osoba, na której rachunek bankowy ma być przekazane dofinansowanie,
zgodnie z oświadczeniem dotyczącym przekazania dofinansowania
złożonym przez Wnioskodawcę we wniosku

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych - Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych gromadzonych w systemie informatycznym/nieinformatycznym w celu realizacji wniosku Pani/a

.....
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, które przekazuję dobrowolnie zastrzegając prawo dostępu, sprawdzania i poprawiania.

.....
data

.....
czytelny podpis