

Nr sprawy PCPR.55.3. 201.....

Wniosek kompletny przyjęto do PCPR w Nidzicy
w dn.

Pieczętka i podpis pracownika PCPR

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kosztów zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

(proszę wypełnić drukowanymi literami)

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy

Imię i nazwisko: Imię ojca:

Data i miejsce urodzenia:

PESEL: NIP:

Dowód osobisty; seria: nr: wydany w dniu:
przez:

Dokładny adres zamieszkania:
..... telefon:

Przedstawiciel ustawowy, rodzic (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik:

Imię i nazwisko: Imię ojca:

Data i miejsce urodzenia:

PESEL: NIP:

Dowód osobisty; seria: nr: wydany w dniu:
przez:

Dokładny adres zamieszkania:
..... telefon:

ustanowiony opiekunem* / pełnomocnikiem*

(postanowienie Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt:..... /

na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

z dn. Repertorium nr).

I.A. Posiadane orzeczenie **

Stopień niepełnosprawności		
znacznym <input type="checkbox"/>	I grupa <input type="checkbox"/>	całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/>
umiarkowany <input type="checkbox"/>	II grupa <input type="checkbox"/>	całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/>
lekki <input type="checkbox"/>	III grupa <input type="checkbox"/>	częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/>
Niepełnosprawność do 16 roku życia <input type="checkbox"/>		
termin ważności orzeczenia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> trwałe	<input type="checkbox"/> czasowe do

I.B. Przedmiot dofinansowania **

<input type="checkbox"/> pieluchomajtki, podkłady	<input type="checkbox"/> wózek inwalidzki	<input type="checkbox"/> buty ortopedyczne	<input type="checkbox"/> pionizator
<input type="checkbox"/> cewniki	<input type="checkbox"/> proteza uda i podudzia	<input type="checkbox"/> materac przeciwodleżynowy	<input type="checkbox"/> proteza piersi
<input type="checkbox"/> aparat słuchowy	<input type="checkbox"/> kule łokciowe	<input type="checkbox"/> gorset ortopedyczny	<input type="checkbox"/> inne

I.C. Sytuacja zawodowa**

1.	zatrudniony* / prowadzący działalność gospodarczą*	
2.	osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym* lub studiująca*	
3.	bezrobotny poszukujący pracy* / rencista poszukujący pracy*	
4.	rencista* / emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5.	dzieci i młodzież do lat 18	

II. Sytuacja materialna

O Ś W I A D C Z E N I E

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych informacji oświadczam, że:

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek wynosi:

Lp.	Imię i nazwisko – stopień pokrewieństwa	Źródło dochodów	Średni miesięczny dochód
Dane dotyczące Wnioskodawcy:			
1.			
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego:			
2.			
3.			
4.			
5.			
Razem dochód osób wspólnie gospodarujących			
Dochód na jednego członka gospodarstwa domowego			

II. Przyznane dofinansowanie w kwocie: zł
(wnioskowana kwota dofinansowania)

(słownie złotych:)

proszę przekazać:

(należy wskazać np. numer konta bankowego osobistego, numer konta bankowego Sprzedawcy, przekaz pocztowy)

III. Informacje dodatkowe**

Jestem kombatantem/kombatantką*, wdowcem/wdową* po kombatancie: TAK NIE

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem/am* w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej o dofinansowanie ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych znajdujących się w bazie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nidzicy, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135).

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek złożony w dniu r. zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i po podjęciu uchwały przez Radę Powiatu w Nidzicy o podziale środków na zadania z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych na rok 20.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy*, pełnomocnika* przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego*)

* niepotrzebne skreślić

** proszę wstawić X we właściwej rubryce

Załączniki do wniosku:

- 1) Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127 poz. 721 z późn. zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przed dniem 1 stycznia 1998 r.
- 2) Faktura na zakup przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego, określająca kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (wysokość udziału Narodowego Funduszu Zdrowia) oraz kwotę udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup.
- 3) Kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, potwierdzona za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie.
- 4) Zaświadczenie/oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

IV. Adnotacje przyjmującego wniosek:

.....
.....
.....
.....

.....
(data i podpis)

V. Decyzja o przyznaniu / odmowie dofinansowania:

Kierownik Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nidzicy rozpatrzył wniosek: pozytywnie* / negatywnie* i przyznaje* / nie przyznaje* środki finansowe z PFRON w kwocie zł (słownie złotych:)
.....)
na dofinansowanie kosztów zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne/środki pomocnicze.

.....
(data)

.....
(pieczęć PCPR)

.....
(pieczęć i podpis kierownika PCPR)

* niepotrzebne skreślić