

.....
data wpływu wniosku

WNIOSEK

o dofinansowanie osobie fizycznej zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Część A.

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy:

.....imiona rodziców.....

Nazwisko i imię
Dowód osobisty:

seria.....numer.....wydany w dniu.....przez.....

PESEL..... NIP.....

Adres zamieszkania:

Kod.....Miejscowość.....Ulica.....Nr.....

Numer telefonu.....

II. Przedstawiciel ustawowy dla małoletniego (wnioskodawcy),opiekun prawny lub pełnomocnik:

.....

Nazwisko i imię **stopień pokrewieństwa**

Dowód osobisty:

seria.....numer.....wydany w dniu.....przez.....

PESEL..... NIP.....

Adres zamieszkania :

Kod.....Miejscowość.....Ulica.....Nr.....

Numer telefonu.....

Ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem
wpisać właściwe, załączyć dokument potwierdzający

Część B.

VII. Dane dotyczące przedmiotu dofinansowania:

1. Przedmiot dofinansowania (o co ubiega się Wnioskodawca).....

2. Wnioskowana kwota dofinansowania

3. Przyznane dofinansowanie proszę przekazać na (zaznacz właściwy)

ǻ Na konto sprzedawcy nr rachunku.....

ǻ Na konto bankowe wnioskodawcy rachunku.....

ǻ Na konto bankowe osoby upoważnionej nr rachunku

ǻ Wyplacić w kasie Banku Spółdzielczego w Parczewie osobie upoważnionej

ǻ Wyplacić w kasie Banku Spółdzielczego w Parczewie Wnioskodawcy

W terminie 10 dni od dnia złożenia wniosku zostaną Państwo poinformowani o występujących we wniosku uchybieniach, które powinny zostać usunięte w terminie 30 dni. Nie usunięcie ich we wskazanym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

Uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. — Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Ja niżej podpisany/na oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłem/am, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych PCPR dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji mojego wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz. 883).

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem
(lub osoba upoważniona przez Wnioskodawcę)

.....

data

.....

czytelny podpis wnioskodawcy

III .Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik
zakreśl X we właściwej rubryce

I. znaczny	
• inwalidzi I grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji,	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny,	
• osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny,	
II. umiarkowany	
• inwalidzi II grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy ,	
• inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę,	
III lekki,	
• pozostali inwalidzi III grupy,	
• osoby częściowo niezdolne do pracy,	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gosp. rolnym,	

IV. Rodzaj niepełnosprawności

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk,	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu,	
3. dysfunkcja narządu wzroku,	
4. dysfunkcja narządu słuchu,	
5. dysfunkcja narządu mowy,	
6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia.	

V. Sytuacja mieszkaniowa - zamieszkuje:

1 samotnie	
2 Z rodziną	
3 Z osobami nie spokrewnionymi	

VI. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą oraz oświadczenie o wysokości ich dochodów:

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności (grupa)	Rodzaj niepełnosprawności	Rodzaj świadczenia	Dochód miesięczny netto*
	Wnioskodawca				
				RAZEM	

przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

Załączniki do wniosku:

1.

- **Faktura VAT** (zapłacona gotówką) określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ) oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup,
- **kopia zrealizowanego zlecenia** na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzona za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę (sklep) realizującego zlecenie,

lub

- **oferta (faktura proforma)** określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ) i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji,
- **kopia zlecenia** na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzona za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę (sklep) realizującego zlecenie,

2.

- **kopia orzeczenia lub kopia z treści orzeczenia**, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy, 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 wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r.

3.

- dokument potwierdzający dochód wnioskodawcy i osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe za kwartał (kalendarzowy) poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**
(nakaz podatkowy, zaświadczenie z zakładu pracy, 3 odcinki renty, emerytury lub decyzja o waloryzacji).

.....
(Pieczęć PCPR Parczew)

.....
(miejscowość i data)

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisana (y):

....., numer PESEL.....
(imię i nazwisko)

legitymująca (y) się dowodem osobistym seria..... numer ..
wydanym przezw.....
zam....., ul....., nr ..
kod....., poczta.....

upoważniam:

....., numer PESEL.....
(imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa)

legitymującą (ego) się dowodem osobistym seria.....numer ..
wydanym przez..... w.....
zam....., ul....., nr ..
kod....., poczta.....

do załatwienia **wszelkich formalności związanych z ubieganiem się** o udzielenie mi dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i odbioru w moim imieniu przyznanej mi kwoty niniejszego dofinansowania w ramach zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776 z późn. zm.) a realizowanych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie.

.....
(poświadczenie podpisu przez pracownika właściwego organu administracji)

.....
(podpis osoby niepełnosprawnej)

.....
(podpis osoby upoważnionej)

UPOWAŻNIENIE

*do zwrotu refundacji vi zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych
nu wskazany rachunek bankowy*

Ja niżej podpisana/y legitymująca/y się
dowodem osobistym Seria Numer wydanym przez
..... wyrażam zgodę na zwrot refundacji
za zakup pieluchomajtek na konto bankowe Pani/Pana
.....legitymująca/ego się dowodem osobistym
Seria.....Numer wydanym przez.....
oraz do reprezentowania mnie w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzime w
Parczewie.

Nr rachunku bankowego:.....

osoba niepełnosprawna upoważniająca

osoba upoważniona – posiadacz rachunku