

Pieczczę PCPR

Nr sprawy

Data wpływu (wypełnia PCPR)

**WNIOSEK O PRZYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON
DO ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE
I ŚRODKI POMOCNICZE**

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

NAZWISKO IMIĘ
DATA URODZENIA/...../.....R. PESEL
TEL.....
DOWÓD OSOBISTY: SERIA..... NR WYDANY W DNIU.....
PRZEZ

ADRES ZAMIESZKANIA

KOD POCZTOWY -
POCZTA
MIEJSCOWOŚĆ
ULICA
NR DOMU NR MIESZKANIA
POWIAT: MIŃSKI WOJEWÓDZTWO: MAZOWIECKIE
MIASTO WIEŚ

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

KOD POCZTOWY -
POCZTA
MIEJSCOWOŚĆ
ULICA
NR DOMU NR MIESZKANIA
POWIAT: MIŃSKI WOJEWÓDZTWO: MAZOWIECKIE
MIASTO WIEŚ

ADRES KORESPONDENCYJNY

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

KOD POCZTOWY - POCZTA MIEJSCOWOŚĆ
ULICA NR DOMU..... NR MIESZKANIA
POWIAT: MIŃSKI WOJEWÓDZTWO: MAZOWIECKIE MIASTO WIEŚ

DANE PERSONALNE

**PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY), OPIEKUNA PRAWNEGO
LUB PEŁNOMOCNIKA**

NAZWISKO IMIĘ
DATA URODZENIA/...../.....R. PESEL
TEL.....
DOWÓD OSOBISTY: SERIA..... NR WYDANY W DNIU.....
PRZEZ

ADRES ZAMIESZKANIA

KOD POCZTOWY -
POCZTA
MIEJSCOWOŚĆ
ULICA
NR DOMU NR MIESZKANIA

ADRES KORESPONDENCYJNY

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

KOD POCZTOWY -
POCZTA
MIEJSCOWOŚĆ
ULICA
NR DOMU NR MIESZKANIA

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- znaczny stopień niepełnosprawności
- osoby o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji
- osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny (orzeczenie wydane przed 1 stycznia 1998r.)
- inwalidzi I grupy
- osoby w wieku do lat 16, zaliczone do osób niepełnosprawnych, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny

- umiarkowany stopień niepełnosprawności
- osoby o całkowitej niezdolności do pracy
- inwalidzi II grupy

- lekki stopień niepełnosprawności
- osoby o częściowej niezdolności do pracy
- osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (orzeczenie wydane przed 1 stycznia 1998r.)
- inwalidzi III grupy

PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA

Przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze:

.....

.....

.....

.....

PROSZĘ O PRZEKAZANIE KWOTY PRZYZNANEGO DOFINANSOWANIA:

- przekazem pocztowym na adres:
.....
- przelewem na nw. konto osobiste
- przelewem na nw. konto sprzedawcy (świadczeniodawcy)
- przelewem na nw. konto upoważnionej przeze mnie osoby

Imię i nazwisko oraz adres właściciela konta:.....
.....

Nazwa banku i numer rachunku bankowego:

□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

Czy Wnioskodawca przebywa w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej: TAK NIE

*

Załączniki:

- kopia ważnego orzeczenia ze znacznym, umiarkowanym bądź lekkim stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego / zgodnie z art.5 i 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w przypadku dzieci do ukończenia 16 roku życia – orzeczenie o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych,
- oświadczenie o dochodach netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wnioskodawcy i osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe z wnioskodawcą (załącznik nr 1),
- oferta 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,

lub

faktura określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,

- kopia dokumentu potwierdzającego prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej (np. jako: opiekun prawny, pełnomocnik)

oraz do wglądu :

- dowód osobisty wnioskodawcy,

*

Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na rok bieżący przez Radę Powiatu Mińskiego.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

Zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ogólnymi kosztami przedmiotu dofinansowania, pomniejszoną o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną kwotą dofinansowania ze środków PFRON.

Uwaga: złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.

Miejscowość, dnia

.....
czytelny podpis

Wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego /pełnomocnika

OŚWIADCZENIE

Wnioskodawcy o dochodach we wspólnym gospodarstwie domowym

Imię i nazwisko Wnioskodawcy

Adres zamieszkania

Oświadczam, iż moje wspólne gospodarstwo domowe, tworzą następujące osoby:

Lp.	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Rok urodzenia	Dochód *miesięczny / netto /	
			Rodzaj dochodu** lub liczba hektarów przeliczeniowych	wysokość
1.	WNIOSKODAWCA			
2.	UWAGA! Nie należy wpisywać imion i nazwisk osób, z którymi prowadzi się wspólne gospodarstwo domowe. Należy podać tylko ich rok urodzenia, stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą i dochód miesięczny.			
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
Ja bądź moi członkowie rodziny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym posiadają gospodarstwo rolne <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK				
Łączny przeciętny miesięczny dochód rodziny /netto/:				

Oświadczam, że ja bądź moi członkowie rodziny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym:

1) pobierają świadczenia z ośrodka pomocy społecznej NIE TAK (jakie?).....

Oświadczam, że w kwartale poprzedzającym miesiąc, w którym składany jest wniosek **przeciętny miesięczny dochód***** przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł: złotych.

Oświadczam, że znana jest mi odpowiedzialność karna za składanie fałszywych zeznań, przewidziana w artykule 233 K.k. zgodnie z którym za złożenie fałszywych zeznań grozi kara pozbawienia wolności do lat 3, jak również znana jest mi treść art. 297 K.k.

.....
data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego / pełnomocnika

* Jest to średni miesięczny dochód z kwartału poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składką z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób.
** Np.: praca, działalność gospodarcza, gospodarstwo rolne, renta, emerytura, itp., lub uczeń, student, brak dochodu.
*** Dochód łączny należy podzielić przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

UWAGA! Świadczenie pielęgnacyjne, zasiłek pielęgnacyjny, rodzinny i wychowawczy nie jest dochodem w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych.