

W N I O S E K

o dofinansowanie zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

Część A: Dane dotyczące wnioskodawcy

1. Imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....

Dowód osobisty: Seria Nr

PESEL

Adres zamieszkania:

Miejscowość ul.

Nr domu Nr lokalu Kod pocztowy

Gmina Nr telefonu

2. Stopień niepełnosprawności : (zaznaczyć właściwe)

- znaczny (inwalida I grupy)

- umiarkowany (inwalida II grupy)

- lekki (inwalida III grupy)

- niepełnosprawność

(w przypadku dzieci do lat 16)

3. Przedmiot dofinansowania:

.....

.....

.....

.....

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnych z prawdą, oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz dołączonych załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

.....

(podpis wnioskodawcy, opiekuna, rodzica
lub opiekuna dziecka niepełnosprawnego)

Część B

1. Nazwisko i imię opiekuna/pełnomocnika osoby dorosłej, rodzica lub opiekuna dziecka niepełnosprawnego

.....

Seria i nr dowodu osobistego

Wydany w dniuprzez

2. Adres zamieszkania:

MiejscowośćNr kodu.....

Ulica.....Nr domu.....

GminaNr telefonu.....

Załączniki do wniosku:

1. Kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu)

2. Faktura lub rachunek uproszczony za zakupione przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze (wystawione na osobę niepełnosprawną a w przypadku dziecka niepełnosprawnego na jego rodzica lub opiekuna prawnego) z wyszczególnioną kwotą opłacaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego osoby niepełnosprawnej,

3. Potwierdzona za zgodność z oryginałem przez Świadczeniodawcę kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze *lub*

Kopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.

4. Oświadczenie o dochodach w rodzinie Wnioskodawcy (Zał. Nr 1)

5. W przypadku ustanowienia przez Sąd prawnego opiekuna – zaświadczenie Sądu.

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł:

- zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

** Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, to miesięczny dochód rodziny pomniejszony o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.*

Przyznane dofinansowanie proszę przekazać na:

1. Moje konto bankowe:

Nr:

2. Konto bankowe sprzedawcy:

Nr:

3. Gotówką w kasie

W oparciu o art. 23 ust. 1 i ust. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz.1182 z późn. zm) wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie danych uzyskanych przez Administratora Danych Osobowych - Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łasku dotyczących mojej osoby oraz mojego dziecka/ podopiecznego w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (Dz. U. z 2013r. 1190 z późn. zm.).

.....
Data

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Wypełnia PCPR

kryterium dochodowe obowiązujące na dzień złożenia wniosku:

- osoba samotna

- osoba w rodzinie

data i podpis pracownika PCPR

.....
(Imię i nazwisko wnioskodawcy)

....., dnia.....
(miejscowość)

.....
(Adres zamieszkania)
.....

Oświadczam, że:

1. mam / nie mam* zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz w ciągu ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku byłem/am , nie byłem/am* stroną umowy zawartej z Funduszem, którą rozwiązano z przyczyn leżących po mojej stronie.
2. posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego.

* niepotrzebne skreślić

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

.....
(Imię i nazwisko wnioskodawcy)

....., dnia.....
(miejscowość)

.....
(Adres zamieszkania)

.....

Oświadczam, że:

zostałem(am) poinformowany/na, że wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu planu środków PFRON na 2015 rok i zatwierdzeniu go przez Radę Powiatu Łaskiego.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)