

Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie
w Białogardzie
Plac Wolności 1
78-200 Białogard

Nr sprawy :
PCPR. 4242/4252/...../20.....

Data wpływu:

W N I O S E K
o dofinansowanie do zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzic, bądź opiekun prawny)

I. DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ / DZIECKA NIEPEŁNOSPRAWNEGO*

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Dowód osobisty: serianr.....wydany w dniu.....

przez.....

nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 nr NIP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (w przypadku nadania)

Data urodzenia:telefon.....

Orzeczony stopień niepełnosprawności:

II. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO / OPIEKUNA PRAWNEGO*

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Dowód osobisty: serianr.....wydany w dniu.....

przez.....

nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 nr NIP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (w przypadku nadania)

Data urodzenia:.....telefon.....

III. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA (NAZWA PRZEDMIOTU ORTOPEDYCZNEGO ALBO ŚRODKA POMOCNICZEGO)

.....

IV. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA

.....zł, słownie:.....zł.

V. FORMA PRZEKAZANIA PRYZNANYCH ŚRODKÓW PFRON (właściwe zakreślić)

- przelewem na mój nr rachunku bankowego:
nazwa banku..... nr konta.....
- przelewem na wskazany nr rachunku bankowego: **(dla osób nieposiadających własnego rachunku bankowego)**
.....
(imię i nazwisko właściciela wskazanego rachunku, adres zamieszkania)
nazwa banku..... nr konta.....
- przelewem na nr rachunku bankowego firmy/sklepu realizującego zlecenie:
nazwa banku..... nr konta.....

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych z dnia 28 listopada 2003. (Dz. U. Nr 228, poz 2255 z póź, zmian.), podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił (netto)zł

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi.....

Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1,2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz 553).

Dane powyższe podaję zgodnie ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem. W Przypadku stwierdzenia niezgodności informacji ze stanem faktycznym zobowiązuję się zwrócić przyznane dofinansowanie.

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

.....
(miejscowość , data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

.....
(podpis osoby przyjmującej wniosek)

Załączniki do wniosku:

1. Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności /oryginał do wglądu/,
2. Kopia dokumentów potwierdzających dochód wskazany we wniosku /decyzja z ZUS o przyznaniu świadczeń emerytalnych rentowych, zaświadczenie z zakładu pracy, itp/,
3. Fakturę proforma/oferta/ lub w przypadku zakupu przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego za gotówkę wystawioną fakturę oryginalną z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego /NFZ/ oraz kwotą udziału własnego.
4. Kserokopię zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie,

