

Nr wniosku:

Końskie, dn.

.....
(Nazwisko i imię)

.....

.....
(Adres Wnioskodawcy)

.....
w przypadku dziecka (imię i nazwisko dziecka)

nr telefonu kontaktowego.....

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

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy:*

Nazwisko										Imię											
PESEL												NIP									
Nr rachunku bankowego:																					
Stopień niepełnosprawności (odpowiednie zaznaczyć):																					
1. Stopień znaczny (gr. pierwsza) 2. Stopień umiarkowany (gr. druga) 3. Stopień lekki (gr. trzecia)																					

* w przypadku osób nieletnich (dzieci i młodzieży do lat 18) Wnioskodawcą jest jedno z rodziców lub opiekun prawny

II. Dotychczasowe korzystanie z dofinansowania ze środków PFRON przez Wnioskodawcę do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze:**

Rodzaj i nazwa przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego	Rok otrzymania	Kod	Cena	Ilość

** należy wypełnić w przypadku korzystania w przeszłości z dofinansowania zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

III. Wnioskowane poszczególne przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze:

Rodzaj i nazwa przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego	Kod	Cena	Ilość	Limit cenowy za 1 szt.

IV. Dane uzupełniające do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze:*

DANE PERSONALNE DZIECKA/OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ	ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA/OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ
Imię.....	Kod pocztowy.....
Nazwisko.....	Miejscowość.....
Data urodzenia.....	Ulica.....
PESEL.....	Nr domu.....nr m.....
Płeć** kobieta mężczyzna	Powiat.....
	Województwo.....
	Obszar** miasto wieś
DANE PERSONALNE RODZICA LUB OPIEKUNA	ADRES ZAMIESZKANIA RODZICA LUB OPIEKUNA (pobyt stały)
Imię.....	Kod pocztowy.....
Nazwisko.....	Miejscowość.....
Data urodzenia.....	Ulica.....
PESEL.....	Nr domu.....nr m.....
	Powiat.....
	Województwo.....
	Tel.

* dotyczy dzieci i młodzieży do lat 18 lub osób ubezwłasnowolnionych

** właściwe zaznaczyć

V. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

Ja niżej podpisany(a)
(imię i nazwisko)

zamieszkały(a)
(miejscowość)

ulicanr domu nr lokalu

oświadczam, że wraz razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Lp.	Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Miesięczny dochód *
Dane dotyczące Wnioskodawcy:				
1.			-	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa:				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
Razem:				

Oświadczam, że w okresie kwartału poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku przeciętny dochód* przypadający na jedną osobę w mojej rodzinie wyniósł:
.....złoty (słownie:.....
.....)

** miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek, dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowych, chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za okres ostatnich trzech miesięcy przed dniem złożenia wniosku na podstawie Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. (Dz. U. z 2002 r., Nr 96, poz. 861 z późn. zm.).*

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby wewnętrzne Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Końskich.

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 1997 r., Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) 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 30 dni.

.....
Data

.....
Miejscowość

.....
Podpis Wnioskodawcy

Załączniki do wniosku:

1. Kopia aktualnego dokumentu poświadczającego rodzaj i stopień niepełnosprawności.
2. Faktura określająca kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup/naprawę przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wystawiona na osobę niepełnosprawną, a w przypadku dziecka – na rodzica lub opiekuna.
3. Kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzona za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie.
4. Zaświadczenia potwierdzające wysokość miesięcznych dochodów netto Wnioskodawcy i osób wspólnie gospodarujących z Wnioskodawcą za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

ADNOTACJE PRZYJMUJĄCEGO WNIOSEK

Potwierdzam dołączenie wymaganego kompletu dokumentów:

Lp	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak / nie*	Uzupełnienie tak / nie*	Data uzupełnienia
1.	Kopia aktualnego dokumentu poświadczającego rodzaj i stopień niepełnosprawności			
2.	Faktura określająca kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup/naprawę przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wystawiona na osobę niepełnosprawną			
3.	Kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzona za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie			
4.	Zaświadczenie potwierdzające wysokość miesięcznych dochodów netto Wnioskodawcy i osób wspólnie gospodarujących z Wnioskodawcą za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku			
5.	Dane dotyczące numeru konta			

* wpisać właściwe

.....
Data

.....
Imię i nazwisko
przyjmującego wniosek

.....
Podpis

DECYZJA POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie podejmuje decyzję pozytywną/negatywną*
i przyznaje/nie przyznaje* środki PFRON w kwocie.....zł., słownie:

.....
na dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze dla
Pani/Pana

.....
data (dzień, miesiąc, rok)

.....
pieczęć PCPR

.....
pieczęć i podpis Dyrektora PCPR

* niepotrzebne skreślić