

OSOBA DOROSŁA/ DZIECKO

WNIOSEK NR/20.....¹
o dofinansowanie ze środków PFRON do zakupu
środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych

Wnioskodawca (W przypadku, gdy Wnioskodawcą jest dziecko należy wpisać dane dziecka)		
1	Nazwisko i imię	
2	Pesel	
3	Adres zamieszkania (ulica, kod, miejscowość)	
4	Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)	
5	Telefon	
6	Niepełnosprawność: - wstawić znak X (<u>jeden</u>) we właściwym kwadracie, zgodnie z dołączonym do wniosku orzeczeniem	
	Stopień niepełnosprawności:	Grupa inwalidzka:
	<input type="checkbox"/> znaczny	<input type="checkbox"/> I grupa
	<input type="checkbox"/> umiarkowany	<input type="checkbox"/> II grupa
	<input type="checkbox"/> lekki	<input type="checkbox"/> III grupa
	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność do 16 roku życia	
7	Nazwa środka pomocniczego/ przedmiotu ortopedycznego	

.....
Podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika

¹ **Do wniosku należy dołączyć:**

1. **Kserokopię** aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność;
2. Fakturę (**oryginał**) potwierdzającą zakup środków pomocniczych/przedmiotów ortopedycznych z wyszczególnieniem: całkowitego kosztu zakupu, kwoty opłaconej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, kwoty udziału własnego lub fakturę pro forma bądź kosztorys;
3. **Kserokopię** karty zaopatrzenia NFZ, potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie;
4. W przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego należy dołączyć kserokopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego;
5. Zaświadczenie Ośrodka Pomocy Społecznej o korzystaniu z zasiłków celowych (**o ile dotyczy**);

Przedstawiciel ustawowy, Opiekun prawny, Pełnomocnik lub osoba do kontaktu <u>wskazana</u> przez Wnioskodawcę (właściwe proszę zaznaczyć)		
1	Nazwisko i imię	
2	Pesel	
3	Adres zamieszkania (ulica, kod, miejscowość)	
4	Telefon	

.....
Podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika

Oświadczenie Wnioskodawcy o dochodach dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Trzebnicy

Niniejszym oświadczam że :

1) przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił: zł²

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

2) nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

3) jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnej z prawdą, wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PCPR w Trzebnicy i PFRON dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci nr telefonu wpisanego we wniosku w celu przekazania informacji dotyczącej postępowania.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
data

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

² **dochód** – w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 28 listopada 2003 o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1952) pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, zasiłek pielęgnacyjny oraz kwotę świadczonych alimentów powiększony o dochody z działalności gospodarczej, dochody z gospodarstwa rolnego oraz inne dochody nieopodatkowane wymienione w niniejszej ustawie; **przeciętny miesięczny dochód** obliczamy za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku i dzielimy przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Trzebnica, dnia

.....
/Imię i nazwisko/

.....
/ adres/

.....

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Trzebnicy**

Uprzejmie proszę o przekazanie przyznanego mi dofinansowania* ze środków PFRON do zakupu przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych

na konto
/imię i nazwisko właściciela konta lub nazwa firmy/

o numerze

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

*

Wypełnia pracownik PCPR			
Koszt całkowity, NFZ, udział własny			
Dofinansowanie PFRON			