

Wniosek nr.....
(wypełnia PCPR)

Chojnice, dn.

Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie
ul. Piłsudskiego 30
89-620 Chojnice
tel. 52 33 44 485

WNIOSEK

O dofinansowanie do zakupu przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

I. DANE WNIOSKODAWCY (RODZICA, OPIEKUNA PRAWNEGO, PEŁMONOCNIKA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ)

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Numer dokumentu tożsamości.....

Numer telefonu.....

II. DANE DZIECKA, PODOPIECZNEGO, OSOBY UBEZWŁASNOWIONEJ

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Numer dokumentu tożsamości.....

Przedmiot dofinansowania.....

III.Sposób przekazania przyznanego dofinansowania ze środków PFRON:

NA KONTO REALIZATORA (SPRZEDAWCY) NUMER KONTA BANKOWEGO REALIZATORA -- -- -- -- -- -- --	
IMIĘ I NAZWISKO WŁAŚCICIELA KONTA NUMER KONTA BANKOWEGO -- -- -- -- -- -- --	

IV.Oświadczenie o wysokości dochodów

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

wynosiłzł (dochód netto na jedną osobę)

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

Wymagane załączniki:

1. kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia innych organów (oryginał do wglądu)
2. kserokopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze wraz z potwierdzeniem z Narodowego Funduszu Zdrowia oraz realizatora
3. oryginały faktur za zakupione przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze-wyszczególniające kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego osoby niepełnosprawnej. W przypadku zakupu wózka inwalidzkiego, protezy, aparatu słuchowego, pionizatora, systemu FM, fotelika rehabilitacyjnego, materaca przeciwoleżynowego - oferta cenowa wystawiona przez realizatora.

Wyrażam zgodę na gromadzenie danych dotyczących mojej osoby, utrwalenia oraz ich przetwarzanie zgodnie z celem określonym w złożonym wniosku.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art.297 § 1 i 2 Kodeksu Karnego za składanie nieprawdziwych danych.

OŚWIADCZAM, IŻ ZAPOZNAŁEM/AM SIĘ Z REGULAMINEM UDZIELANIA DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON DO ZAKUPU PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH.

.....

data

.....

podpis wnioskodawcy/opiekuna