

Nr sprawy:

WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON DO ZAOPATRZENIA W SPRZĘT ORTOPEDYCZNY I ŚRODKI POMOCNICZE

Wnioskodawca: (WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

Imię i nazwisko nr telefonu

Adres zamieszkania, kod - Poczta,
miejscowość / ul.....

PESEL..... seria dowodu osobistego.....

W przypadku dziecka lub osoby ubezwłasnowolnionej

Imię i nazwisko dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej

PESEL.....

Posiadane orzeczenie**:

- znaczny, I grupa umiarkowany, II grupa lekki, III grupa
 o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

Orzeczony stopień ma charakter: trwały okresowy na okres do

Cel dofinansowania:

- | | |
|---------|------------------|
| 1. | Faktura nr |
| 2. | Faktura nr |
| 3. | Faktura nr |
| 4. | Faktura nr |
| 5. | Faktura nr |
| 6. | Faktura nr |
| 7. | Faktura nr |

Kwota wnioskowana:

Korzystanie ze środków PFRON:

Korzystałem/am ze środków PFRON* tak nie

Podać rok korzystania
.....

Podać nazwę sprzętu
.....

Sytuacja zawodowa wnioskodawcy:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dzieci i młodzież do lat 18 | <input type="checkbox"/> Prowadzący własną działalność gospodarczą |
| <input type="checkbox"/> Młodzież w wieku od 18 do 24 ucząca się lub studiująca | <input type="checkbox"/> Bezrobotny / Poszukujący pracy |
| <input type="checkbox"/> Zatrudniony | <input type="checkbox"/> Rencista/emeryt |

OŚWIADCZENIE

o wysokości dochodu i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą np. (mąż, syn, córka, itp.):		Przeciętny miesięczny dochód ¹
1.	WNIOSKODAWCA	
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
RAZEM:		

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód przypadający na jednego członka gospodarstwa domowego wynosi: zł gr.

Przyznane dofinansowanie proszę przekazać:

przelewem na mój nr rachunku bankowego: Nazwa banku

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

przelewem na nr rachunku bankowego osoby przeze mnie wskazanej:

Imię i nazwisko seria dowodu osobistego

Adres zamieszkania

Nazwa banku

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

przelewem na nr rachunku bankowego firmy/sklepu (zgodnie z ofertą cenową)

Nazwa banku

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

przekazem pocztowym na adres:

Imię i nazwisko PESEL

Adres zamieszkania

¹ przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielonych przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że:

1. Rozpatrzenie wniosku następuje na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Uchwały Zarządu określającej regulamin przyznawania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny, rehabilitacyjny oraz środki pomocnicze.
2. Realizacja złożonych wniosków nastąpi z chwilą otrzymania środków finansowych przez tut. Ośrodek na realizację powyższego zadania.
3. Dofinansowanie będzie przyznawane przez PCPR do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych dla powiatu konińskiego i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.
4. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnacje należy zgłaszać do PCPR w formie pisemnej
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu orzeczniczego zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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 (tzw. RODO).
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci nr telefonu i/lub adresu e-mail wpisanego we wniosku w celu przekazania informacji dotyczącej postępowania.
7. Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art. 233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego (Dz. U. z 1997 r. nr 88 poz. 553 z późniejszymi zmianami).

Konin, dn.....

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy lub opiekuna

prawnego osoby niepełnosprawnej

Załączniki wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA PCPR (należy zaznaczyć właściwe)
		Dołączono do wniosku
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu),	
2.	Fakturę potwierdzającą zakup przedmiotów ortopedycznych/środków pomocniczych z wyszczególnieniem: całkowitego kosztu zakupu, kwoty opłaconej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, kwoty udziału własnego Lub: Ofertę cenową określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia do realizacji,	
3.	Kopię zrealizowanego lub przyjętego do realizacji zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne/środki pomocnicze – potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie	
4.	W przypadku zakupu środków pomocniczych takich jak np. pieluchomajtki, cewniki, worki na mocz - kopię karty zaopatrzenia (oryginał do wglądu),	
5.	W przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego należy dołączyć kserokopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu),	
5.	W przypadku osób niepełnosprawnych uczących się i niepracujących w wieku 18-24 lat, należy dołączyć aktualne zaświadczenie ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki.	
6.	Zaświadczenie o zatrudnieniu lub prowadzeniu własnej działalności	
Potwierdzam zgodność z oryginałem kserokopii dokumentów dołączonych do wniosku data, pieczęć i podpis pracownika przyjmującego wniosek

Wnioski przyjmowane są w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Koninie,
Al. 1 Maja 9, pok. 468, tel. (63) 243 03 10

Wnioski dot. zadań PFRON można pobierać ze strony:

www.pcpr.konin.pl

Wyliczenie dofinansowania: (wypełnia PCPR)

Koszt całkowity

Przelew Przekaz Odmowa

Udział NFZ

Udział wnioskodawcy

Lista numer:

Kwota dofinansowania

Data