

NR sprawy BON.5133.

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
DO ZAKUPU PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH
I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH**

.....
Data przyjęcia wniosku - wypełnia PCPR

**WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA
POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE WE WRZEŚNI**

(wniosek należy wypełnić czytelnie, niebieskim długopisem)

1. DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK:

Imię i nazwisko		PESEL
Kod pocztowy	miejsowość	Adres
Data urodzenia	gmina	Telefon
Dostaje zasiłek pielęgnacyjny		Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (WYPEŁNIĆ, JEŚLI WNIOSEK DOTYCZY OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA:

Imię i nazwisko		PESEL
Kod pocztowy	miejsowość	Adres
Data urodzenia	gmina	Telefon
Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia..... sygnatura akt.....		
Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza z dnia..... nr repetytorium.....		

3. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA:

L.p.	Nazwa artykułu	Limit NFZ	Wysokość udziału własnego

4. ZAŁĄCZNIKI:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu).
2. Oryginał **faktury** określającej cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego wraz z **kopią zrealizowanego zlecenia** na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, albo **kopia zlecenia** na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z **ofercą** określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz **termin realizacji zlecenia** od momentu przyjęcia go do realizacji.
3. Oświadczenie o dochodach (załącznik nr 1).
4. Kopia pełnomocnictwa ustanowienia opiekuna prawnego/pełnomocnika postanowieniem Sądu lub poświadczonego przez notariusza.

5. INFORMACJA O POSIADANYM RACHUNKU BANKOWYM

Wyrażam zgodę na przekazanie przyznanego mi dofinansowania na konto bankowe

.....
(imię, nazwisko posiadacza konta lub nazwa sprzedawcy)

Nazwa Banku.....

Nr konta |__|__| -|__|__|__|__| -|__|__|__|__| - |__|__|__|__| - |__|__|__|__| -
|__|__|__|__| - |__|__|__|__|

6. FORMA PRZEKAZANIA PRYZNANEGO DOFINANSOWANIA: (właściwe zaznaczyć)

- Rachunek bankowy podany w pkt. 5
 Odbiór w kasie Starostwa Powiatowego we Wrześni

7. OŚWIADCZENIE**Oświadczam, że:**

- nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- wyrażam zgodę na zbieranie, utrwalanie i przechowywanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji dofinansowania, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (tj.: Dz. U. z 2016 r. poz. 992).

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i §6 k.k. w zw. z art. 75 §2 i art. 83§3 k.p.a. (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą.

O zaistniałych zmianach po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia zmiany.

UWAGA!

Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z otrzymaniem dofinansowania.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy*
(osoby niepełnosprawnej* lub jej
Pełnomocnika*, przedstawiciela
ustawowego*, opiekuna prawnego*)

*niepotrzebne skreślić

Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

KARTA WERYFIKACJI WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON DO PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH

I. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku „X”	Uzupełniono	Data uzupełnienia
		<i>(wypełnia pracownik PCPR)</i>		
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności.			
2.	Oryginał faktury określającej cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego wraz z kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, albo kopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofercą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji			
3.	Oświadczenie o dochodach (załącznik nr 1).			
4.	Kopia pełnomocnictwa ustanowienia opiekuna prawnego/pełnomocnika postanowieniem Sądu lub poświadczonego przez notariusza.			

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów:	Sprawdzono pod względem merytorycznym