

nr wniosku.....

data wpływu

Powiatowe Centrum Pomocy we Wrocławiu ul. Kościuszki 131, 50-440 Wrocław

**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych do kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych**

I. Dane osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o dofinansowanie lub niepełnosprawnego dziecka, w którego imieniu występuje rodzic lub opiekun prawny.

Imię i nazwisko

NIP PESEL.....

Adres zamieszkania

..... telefon

(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności

(stopień niepełnosprawności lub grupa inwalidzka)

Orzeczenie o niepełnosprawności przed ukończeniem 16 roku życia

.....PESEL.....

(Imię i nazwisko osoby uprawnionej do odbioru dofinansowania)

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

..... imię (imiona i nazwisko)

seria nr wydany w dniu przez

(dowód osobisty)

nr PESEL nr NIP

miejscowość ulica nr domu.....

nr lokalu nr kodu poczta powiat

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt*/ na mocy pełnomocnictwa

potwierdzonego przez Notariusza

z dn. repet nr)

II. OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosi.....zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym.....

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa wnioskodawca	Źródło dochodu	Kwota dochodu
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Jestem mieszkańcem Domu Pomocy Społecznej tak nie

Przebywam w Zakładzie Opiekuńczo Lecznicy tak nie

III. Cel dofinansowania

IV. Przyznane dofinansowanie proszę:

1. przelać na konto wykonawcy/ dostawcy przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych

2. przelać na konto osobiste (imię i nazwisko posiadacza konta)
banknr konta

3.

V. Do wniosku załączam:

1. Kopię (i oryginał dla potwierdzenia zgodności) aktualnego dokumentu stwierdzającego stopień niepełnosprawności (lub grupę) lub o niepełnosprawności przed ukończeniem 16 roku życia.
2. Faktura określająca kwotę opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup wraz z potwierdzoną za zgodność kopię zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, albo
3. Kopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go realizacji.
4. Kopia dowodu osobistego z potwierdzeniem adresu zameldowania (oryginał do wglądu).
5. Kopię pełnomocnictwa lub postanowienia o ustaleniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) jeśli taki został ustanowiony.

Uprowadzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeks Karny z dnia 6 czerwca 1997 r. (Dz.U. nr 88, poz.553 z póź. zm.) za fałszywe zeznania, prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetworzenie moich danych osobowych, w bazie danych PFRON dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadania, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r o ochronie danych osobowych (DZ.U. z 2002 nr 101,poz.926 i nr 153 poz. 1271)

Wrocław dnia

.....

Podpis osoby niepełnosprawnej

lub imię i nazwisko / opiekuna dziecka

niepełnosprawnego

lub imię i nazwisko prawnego opiekuna

.....

popis osoby przyjmującej wniosek