

DATA WPŁYWU.....

NR WNIOSKU.....

## **Wniosek o dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze dla osób niepełnosprawnych**

### **DANE OSOBOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

**Nazwisko i imię**.....

**Data urodzenia** \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ **nr PESEL**.....

**NIP** \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ **Telefon**.....

**Adres zamieszkania:**

**Adres do korespondencji:**

Ulica/nr domu..... Ulica/nr domu.....

Kod .....-..... Miejscowość..... Kod .....-..... Miejscowość.....

**Nazwa banku**.....**oddział**.....

**Numer rachunku bankowego**.....

**DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO** (wypełnić, jeżeli wniosek dot. osoby niepełnoletniej, ubezwłasnowolnionej lub pełnomocnika)

**Imię i nazwisko**.....

**PESEL**.....

**Adres zamieszkania:**

**Adres do korespondencji:**

Ulica/nr domu..... Ulica/nr domu.....

Kod .....-..... Miejscowość..... Kod .....-..... Miejscowość.....

Telefon.....

**OKREŚLENIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** (zaznacz właściwy kwadrat)

- stopień znaczny (I GR), osoba całkowicie niezdolna do pracy i samodzielnej egzystencji
- stopień umiarkowany (II GR), osoba całkowicie niezdolna do pracy
- stopień lekki (III GR), osoba częściowo niezdolna do pracy
- dziecko niepełnosprawne (do 16 roku życia)

Załączam zapłacone rachunki/faktury o nr.....  
na kwotę .....zł  
słownie: ..... zł  
lub fakturę pro forma na kwotę .....zł  
słownie: ..... zł  
na następujące przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (**przedmiot dofinansowania**)  
.....  
.....

## OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

### Oświadczam, że:

- prowadzę jednoosobowe gospodarstwo domowe,  
 prowadzę wspólne gospodarstwo domowe z innymi osobami. Łącznie ze mną liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, pomniejszony o należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i chorobowego, składki na ubezpieczenie zdrowotne, kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym**, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił ..... zł.....gr. (netto)\*.

### POUCZENIE

\*Wysokość dochodu należy obliczyć w następujący sposób: dodać do siebie dochód netto za kwartał (kalendaryzowy) poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, następnie podzielić go przez 3, a następnie przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie.

Dochód należy wylczyć w oparciu art. 3 pkt 1 o ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1952, ze zm. ).

**Nie wliczamy do dochodu: świadczeń rodzinnych wypłaconych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, zasiłków i dodatków rodzinnych oraz zasiłków i dodatków pielęgnacyjnych, zasiłków porodowych oraz świadczeń lub dodatków wychowawczych („500 plus”) wypłacanych na podst. odrębnych przepisów, dodatków mieszkaniowych i ryczałtów na zakup opału, przyznanych na podst. odrębnych przepisów o dodatkach mieszkaniowych.**

### Do wniosku należy dołączyć:

1. Kopia (oryginał do wglądu) orzeczenia o niepełnosprawności lub wypisu z treści orzeczenia;  
W przypadku osoby, która posiada orzeczenie o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, należy dołączyć orzeczenie wydane przed 1 stycznia 1998 r.
2. W przypadku zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze:

- fakturę określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

**lub**

-kopię zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze z terminem realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji wraz z fakturą proforma/ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego.

3. Kopię **pełnomocnictwa lub postanowienia o ustaleniu opiekuna prawnego**, jeśli taki został ustanowiony – oryginał do wglądu.

#### **OŚWIADCZENIA:**

- Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, nie byłam(em) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych /mojego dziecka/podopiecznego w bazie danych PCPR dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji dofinansowania, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).
- Potwierdzam zgodność zakupionego sprzętu ze sprzętem wskazanym w fakturze, rachunku.
- Uprzedzony o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

.....

Data i podpis wnioskodawcy