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:

Ulica/nr domu.....

Kod .....-..... Miejscowość.....

Adres do korespondencji:

Ulica/nr domu.....

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:

Ulica/nr domu.....

Kod .....-..... Miejscowość.....

Adres do korespondencji:

Ulica/nr domu.....

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 (kalendarzowy) poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, następnie podzielić go przez 3, a następnie przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie.

Dochód należy wyliczyć w oparciu art. 3 pkt 1 o ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 2220, 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.

<u>Do wniosku należy dołączyć:</u>

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 2018 r. poz. 1000 ze zm.).
- 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