



**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Skarżysku - Kamiennej**

26-110 Skarżysko Kamienna, Plac Floriański 1, tel/fax 41 25 21 953
Tel. (41) 262 95 51 wew. 41,42 kom. 531 210 156 pokój nr 21

Skarżysko – Kamienna

(data wpływu- uzupełnia PCPR)

Numer sprawy **ON.SR.6012.** **.2013**

**WNIOSEK
o dofinansowanie zaopatrzenia osób niepełnosprawnych
w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
realizowane przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

Nazwisko	Imię	Imię ojca i matki
Data urodzenia	Miejsce urodzenia	
PESEL	NIP	Adres i telefon
Stopień niepełnosprawności (data ważności) 1. Stopień znaczny..... 2. Stopień umiarkowany..... 3. Stopień lekki..... 2. o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów: I II III 3. o całkowitej / o częściowej niezdolności do pracy / w gospodarstwie rolnym / i niezdolności do samodzielnej egzystencji (niepotrzebne skreślić);		

Oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Lp.	Imię i Nazwisko	Stopień pokrewieństwa wobec wnioskodawcy	Rodzaj i źródło dochodu	Dochód za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku - netto
1.		Wnioskodawca		
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
RAZEM				

Łączny dochód netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi
..... zł, z czego na osobę miesięcznie wynosizł.

Poszczególne przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

Rodzaj i nazwa przedmiotu ortopedycznego środka pomocniczego	Pozycja limitu/ numer rachunku	Cena zakupu	Udział NFZ	Udział własny	Ilość	Kwota dofinansowania

Dotychczas korzystałem/am z dofinansowania ze środków PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze: tak/nie*, kiedy

Rodzaj przedmiotu, środka pomocniczego

Do wniosku załączam:

1. Fakturę określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego.
2. W przypadku faktury (pro-formy) ofertę określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.
3. Kopię zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z potwierdzoną za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie.
4. kopia (oryginał do wglądu) aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności bądź grupie inwalidzkiej lub niezdolności do pracy/samodzielnej egzystencji.
5. Zaświadczenie o dochodach za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wszystkich osób wspólnie zamieszkałych
6. Inne dokumenty dotyczące sytuacji dochodowej.
7. Zaświadczenie z PUP w przypadku osoby posiadającej status osoby bezrobotnej.

Proszę o przekazanie dofinansowania na:

- moje konto bankowe.....
- konto sprzedawcy.....
- inne konto (wraz z załączonym oświadczeniem).....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych PCPR oraz PFRON dla potrzeb niezbędnych do realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U z 2002 roku Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Oświadczam, że uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1,2 i 3 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować PCPR w ciągu 14 dni.

W ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy z PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

..... data

(miejscowość) (podpis wnioskodawcy)

Data	Imię i Nazwisko przyjmującego wniosek
------	---------------------------------------

DECYZJA POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE NR wniosku

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie podejmuje decyzję pozytywną/negatywną* i przyznaje / nie przyznaje* środki PFRON w kwocie zł (słownie złotych:) na dofinansowanie do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze dla Pani /Pana

.....
Data
Pieczęć PCPR
Pieczęć i podpis Dyrektora PCPR

*niepotrzebne skreślić