



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

Skarżysko – Kamienna

(data wpływu- uzupełnia PCPR)

Numer sprawy ON.SR.6013. .2013

WNIOSEK

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

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

Nazwisko ^{1/}	Imię	Imię ojca i matki
Data urodzenia	Miejsce urodzenia	
PESEL	NIP	Adres i telefon

DANE DZIECKA

Nazwisko	Imię	Imię ojca i matki
Data urodzenia	Miejsce urodzenia	
PESEL	Adres i tel.	
Orzeczenie o niepełnosprawności	Numer i data ważności:	

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 wynosi zł.
.....
.....

Adnotacje urzędowe – podpis pracownika

^{1/}w przypadku osób nieletnich (dzieci i młodzieży do lat 18) wnioskodawcą jest jeden z rodziców lub opiekun prawny

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 kwotę 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 kwotę 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 niepełnosprawności/ lub stopniu niepełnosprawności dla dzieci powyżej 16 roku życia.
5. Zaświadczenie o dochodach za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wszystkich osób wspólnie zamieszkających
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