

Data wpływu wniosku do PCPR

Numer sprawy: PCPR-CZP.4415.....2020

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych [Dz.U. 2015.926 t.j. z późn. zm.]

WNIOSK o dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

Dane osoby niepełnosprawnej : (WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

Imiona i nazwisko:

Adres zamieszkania*:

(kod, miejscowość, ulica, nr domu)

nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

nr tel/faxu e-mail

Posiadane orzeczenie**:			
Stopień niepełnosprawności			
znaczny <input type="checkbox"/>	I grupa <input type="checkbox"/>	całkowita niezd. do pracy i samodz. egz. <input type="checkbox"/>	
umiarkowany <input type="checkbox"/>	II grupa <input type="checkbox"/>	całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/>	
lekki <input type="checkbox"/>	III grupa <input type="checkbox"/>	częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/>	
o niepełnosprawności (do 16. roku życia) <input type="checkbox"/>			
termin ważności orzeczenia		<input type="checkbox"/> trwałe	<input type="checkbox"/> czasowe do

Przedmiot dofinansowania**: (zakreślić wg wskazań lekarza)			
<input type="checkbox"/> pieluchomajtki, podkłady	<input type="checkbox"/> wózek inwalidzki	<input type="checkbox"/> buty ortopedyczne	<input type="checkbox"/> pionizator
<input type="checkbox"/> cewniki	<input type="checkbox"/> proteza uda i podudzia	<input type="checkbox"/> materac p/odl.	<input type="checkbox"/> proteza piersi
<input type="checkbox"/> aparat słuchowy	<input type="checkbox"/> kule łokciowe	<input type="checkbox"/> gorset ortopedyczny	<input type="checkbox"/> inne

Przyznane dofinansowanie proszę przekazać:**

przelewem na mój nr rachunku bankowego:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

przelewem na nr rachunku bankowego osoby przeze mnie wskazanej:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
(imię i nazwisko, adres zamieszkania)

przelewem na nr rachunku bankowego firmy/sklepu

czekiem gotówkowym wystawionym na** (dla osób nieposiadających rachunku bankowego):

Wnioskodawcę

Osobę wskazaną.....

.....
(imię i nazwisko, PESEL, adres zamieszkania)

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

Oświadczam, że 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, wynosił:

zł / osobę

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwie zaznaczyć

*** Ustawa z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych [Dz.U.2018.2220 t.j. z późn. zm.]

Oświadczam, że:

1. Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.
2. Nie mam zaległości wobec PFRON oraz nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne z prawdą oraz że jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
5. Zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych dla powiatu sanockiego na rok 2020 i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel, zgodnie z zasadami określonymi w „Wytucznych do rozpatrywania wniosków (...) w 2020 r.”.
2. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnacje należy zgłaszać do tut. PCPR w formie pisemnej!
3. Dofinansowaniu nie podlegają przedmioty zakupione przed dniem wydania orzeczenia.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego/pełnomocnika)**

Oświadczenie właściciela rachunku bankowego / osoby wskazanej do odbioru czeku:**

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
2. Zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis właściciela rachunku bankowego / osoby wskazanej do odbioru czeku)**

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

.....PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
imię (imiona) i nazwisko

miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu..... nr kodu..... - poczta
(dokładny adres)

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem**:

a) na podstawie postanowienia Sądu Rejonowego sygn. z dnia

b) na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia repert. nr

Wymagane załączniki:

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt lub art. 62 ustawy****, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy****, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.; (oryginał do wglądu).
2. Faktura określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopią 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 do realizacji.
4. Zaświadczenie ze szkoły lub z uczelni w przypadku osób niepełnosprawnych w wieku 16-24 lat uczących się i niepracujących, które ubiegają się o dofinansowanie do aparatu słuchowego.
5. Kopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym w przypadku wniosku dot. osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny/pełnomocnik.

** Właściwe zaznaczyć

**** Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych [Dz.U.2019.1172 t.j. z późn. zm.]