

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**.....

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 wnioskowaną.....zł
słownie: zł
lub fakturę pro forma na kwotęzł
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 2024 r., poz. 323, 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 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 .

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 2019 r. poz. 1781).
- 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