Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pleszewie

Numer wniosku …………...........................

 ...... ..... 2018r. (data wpływu wniosku )

# ***Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przedmiotów ortopedycznych***

#  ***i środków pomocniczych***

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**Imię ................................................................Nazwisko .......................................................Data urodzenia ....... ........ …......... r. Dowód osobisty:seria nrPESEL  | **ADRES ZAMIESZKANIA** **(miejsce pobytu osoby bezdomnej)**Kod pocztowy - - Miejscowość ..................................................Ulica ..............................................................Nr domu .................... Nr lokalu ....................Powiat ............................................................Województwo ................................................Telefon stacjonarny/komórkowy……..……… |
| **DANE PERSONALNE OPIEKUNA**Imię ................................................................Nazwisko .......................................................Data urodzenia ....... ........ …......... r. Dowód osobisty:seria nrPESEL  | **ADRES ZAMIESZKANIA OPIEKUNA** **(miejsce pobytu osoby bezdomnej)**Kod pocztowy - - Miejscowość ..................................................Ulica ..............................................................Nr domu .................... Nr lokalu ....................Powiat ............................................................Województwo ................................................Telefon stacjonarny/komórkowy……..……… |

|  |
| --- |
| **POSIADAM ORZECZENIE** **(zaznacz właściwe)** |
| Niepełnosprawność do 16 roku życia Znaczny stopień niepełnosprawności Umiarkowany stopień niepełnosprawności Lekki stopień niepełnosprawności  |
| Całkowita niezdolność do pracy Niezdolność do samodzielnej egzystencji Częściowa niezdolność do pracy  |
| I grupa inwalidzka II grupa inwalidzka III grupa inwalidzka   |

**Oświadczam, iż przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony**

**za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł ……………………………. zł . Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym …………….. .**

**OŚWIADCZENIE**

1. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.
2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pleszewie, dla potrzeb związanych z realizacją wniosku zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r.

o ochronie danych osobowych

1. Oświadczam, że nie mam zalęgłości wobec Funduszu i nie byłem/am w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

**Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.**

.............................................................. ..............................................................

 ( miejscowość i data) (podpis Wnioskodawcy/opiekuna ustawowego/

 opiekuna prawnego/pełnomocnika)

|  |
| --- |
| **PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA** |
| .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. .  |
| Całkowity koszt zakupu .................................. zł. |
| Cena przedmiotu ......................zł. |
| Udział Narodowego Funduszu Zdrowia .....................zł. |
| Kwota udziału wnioskodawcy w cenie zakupu ....................zł. |
| **Dane właściciela konta bankowego na które ma zostać przekazane dofinansowanie****ze środków PFRON**  ............................................................... …….……….............................................................. Imię i nazwisko adres właściciela kontaNr konta  |
| **DECYZJA PCPR** |
| Weryfikacja wniosku pozytywna negatywna  |
| PCPR /nie/ przyznaje dofinansowanie/a/ na zakup przedmiotu ortopedycznego .......................................................................................................................................................na podstawie rachunku nr ......................................................... z dnia ........... ........... 2018r.**według załącznika Nr 1** |
| Kwota dofinansowania .............................zł. |

....................... dnia ....... ....... 2018r. .................................................................

 (Podpis dyrektora PCPR)

**Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia lub kopia z treści orzeczenia, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem
2. 1 stycznia 1998 r. wnioskodawcy,
3. Postanowienie sądu o ubezwłasnowolnieniu i wyznaczeniu opiekuna prawnego,
4. Potwierdzenie notarialne pełnomocnictwa do załatwiania spraw w imieniu wnioskodawcy
5. Potwierdzoną za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopię zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
6. Fakturę lub inny dokument potwierdzający zakup ( określającą cenę nabycia

z wyodrębnieniem kwoty opłacalnej przez NFZ i kwoty udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji)