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 nr  PESEL | **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 nr  PESEL | **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 życiaZnaczny stopień niepełnosprawnościUmiarkowany stopień niepełnosprawnościLekki 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 konta  Nr 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)