

.....
data wpływu

Numer

sprawy

.....
Data wpływu kompletnego wniosku, pieczęć i podpis pracownika

WNIOSEK o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

Imię i nazwisko wnioskodawcy

Data urodzenia

Adres zamieszkania

PESEL Tel e-mail

Cel dofinansowania

.....
Oświadczam, że:

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosi.....zł

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem/am w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązaną z przyczyn leżących po mojej stronie,

Upředzony o odpowiedzialności karnej oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych PCPR dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych / Dz.U. Nr 133, poz.833 ze zm./.

Jestem kombatanem/kombatantką, wdowcem/wdową po kombatancie*: TAK NIE

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy /przedstawiciela
ustawowego/ pełnomocnika)

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik (o ile dotyczy)

.....syn/córka*.....
imię (imiona) i nazwisko (imię ojca)
seria..... nr..... wydany dniu..... przez.....
(dowód osobisty)
PESEL..... zamieszkały/a w ulica.....
nr domu..... nr lokalu... kod – pocztowy
..... poczta..... powiat.....
województwo..... nr tel./fax (nr kier.).....
ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem na podstawie

Kwotę dofinansowania proszę przekazać na rachunek bankowy:

Nr w banku.....

.....
Imię i nazwisko, adres właściciela rachunku

.....
(miejsowość i data)

.....
(Czytelny podpis wnioskodawcy /przedstawiciela
ustawowego / pełnomocnika)

Załączniki do wniosku:

1. kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia o niepełnosprawności lub dokument równoważny,
2. faktura/y 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 kopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z oferta określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz terminem realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.

* Niepotrzebne skreślić