

Data wpływu:

**WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO
FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH DO ZAKUPU
PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH**

DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ	
Imię i nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny od adresu zamieszkania)	
Telefon kontaktowy	
Mieszkaniec Domu Pomocy Społecznej*	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Osoba ucząca się do 24 roku życia*	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
DANE*: Przedstawiciela ustawowego (dot. małoletniego wnioskodawcy) <input type="checkbox"/> Opiekuna prawnego osoby niepełnosprawnej <input type="checkbox"/> Pełnomocnika <input type="checkbox"/>	
Imię i nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy	
Przedmiot dofinansowania – zgodnie z fakturą lub ofertą cenową dołączoną do wniosku	
Forma wypłaty dofinansowania*:	
Przelew na rachunek bankowy wnioskodawcy lub osoby wskazanej przez wnioskodawcę <input type="checkbox"/>	
Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego:	
Nazwa banku	
Numer rachunku:	
Przekaz pocztowy <input type="checkbox"/>	
Przelew na konto sprzedawcy <input type="checkbox"/>	

Oświadczenia:

1. 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 (netto miesięcznie w przeliczeniu na jedną osobę w rodzinie), wynosiłzł.
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi
2. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania PCPR o zmianach mających wpływ na przyznanie dofinansowania po złożeniu wniosku.

.....
podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego
opiekuna prawnego, pełnomocnika osoby niepełnosprawnej

Załączniki:

1. Faktura wystawiona na osobę niepełnosprawną lub opiekuna prawnego określająca kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup;
2. Potwierdzona za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze;
3. Kopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności lub kopia wypisu z treści orzeczenia.
lub
1. Oferta określająca cenę nabycia przedmiotu ortopedycznego z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz terminem realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji;
2. Kopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze;
3. Kopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności lub kopia wypisu z treści orzeczenia.

* zakreślić X w odpowiednim polu