

Data wpływu wniosku do PCPR

Pieczątka PCPR

Nr sprawy:

WNIOSK

O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze
przyznawane na podstawie odrębnych przepisów

Część I.

A. WNIOSKODAWCA

1. Imię i nazwisko

2. Pesel

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

3. ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica		Nr domu	Nr mieszkania
Miejscowość	Kod pocztowy	Powiat	Województwo

4. Przebywam w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej TAK NIE

5. Nr telefonu kontaktowego

B. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM

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.

Słownie: _____ zł.

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym _____

C. WNIOSKODAWCA ORAZ OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ

L.p.	Rok urodzenia	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Przeciętny miesięczny dochód za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
1.		wnioskodawca	
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

D. CEL DOFINANSOWANIA (we właściwej rubryce wpisać TAK)

PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE

ŚRODKI POMOCNICZE

E. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA**Część II****A. PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY, OPIEKUN PRAWNY LUB PEŁNOMOCNIK**

(wypełnić tylko w przypadku takiego stanu prawnego)

1. Imię i nazwisko

2. Pesel

3. ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Powiat

Województwo

Część III. OŚWIADCZENIA**A. OŚWIADCZENIE DOT. PRZEKAZANIA DOFINANSOWANIA**

W przypadku przyznania dofinansowania ze środków PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze proszę o przekazanie kwoty dofinansowania: (właściwe zaznaczyć)

1. NA KONTO BANKOWE WNIOSKODAWCY

NAZWA BANKU:

NR RACHUNKU BANKOWEGO

2. NA KONTO BANKOWE FIRMY/SKLEPU

NAZWA BANKU:

NR RACHUNKU BANKOWEGO

3. PRZEKAZEM POCZTOWYM Z POTRĄCENIEM KOSZTÓW PRZESYŁKI

D. OŚWIADCZENIE DOT. ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA SKŁADANIE NIEPRAWDZIWYCH DANYCH

Ja niżej podpisany/a _____
legitymujący/a się dowodem osobistym serii ____ nr _____, wydanym w dniu _____,
przez _____, ważnym do _____, zamieszkały/a
w _____ przy ul. _____ nr domu _____ nr mieszkania _____
uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kodeksu karnego, kto składając zeznania mające
służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy,
zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat i § 1a,
jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed
odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności
od 3 miesięcy do 5 lat oświadczam, że dane zawarte we wniosku o przyznanie dofinansowania ze środków
PFRON zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze są zgodne ze stanem faktycznym.

DATA I CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY, PRZEDSTAWICIELA
USTAWOWEGO, OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA

POUCZENIE!**Ustawa z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (Dz.U. 2017, poz 2204 t.j.)****Art. 233**

- § 1. Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.
- § 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat.
- § 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie.

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu).
2. Faktura określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę 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

3. Kopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty 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 do realizacji.
4. Inne dokumenty potwierdzające zakup: _____

UWAGA!

W przypadku złożenia wniosku, w którym występują uchybienia i nieusunięcie ich w wyznaczonym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Polkowicach terminie, powoduje pozostawienie go bez rozpatrzenia.

CZĘŚĆ IV.

WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W POLKOWICACH

A. ADNOTACJE PRZYJMUJĄCEGO WNIOSEK (BRAKI LUB UCHYBIENIA STWIERDZONE WE WNIOSKU)

B. UCHYBIENIA STWIERDZONE WE WNIOSKU

Uchybienia usunięto w dniu _____ / nie usunięto

C. UWAGI

D. DOCHÓD NA OSOBĘ W RODZINIE

Dochód na osobę w rodzinie _____ zł przekracza/ nie przekracza
1. 50% przeciętnego wynagrodzenia o którym mowa w art. 2 pkt 4 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – na członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym,
2. 65% przeciętnego wynagrodzenia – w przypadku osoby samotnej.

E. KOSZT PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH/ŚRODKÓW POMOCNICZYCH	zł.
W tym:	
1. Kwota opłacona w ramach ubezpieczenia zdrowotnego	zł.
2. Kwota udziału własnego	zł.
3. Kwota wnioskowana o dofinansowanie ze środków PFRON	zł.

_____ DATA

_____ PIECZĄTKA I PODPIS PRACOWNIKA PCPR

F. DECYZJA O ROZPATRZENIU WNIOSKU

POZYTYWNA NEGATYWNA WNIOSEK POZOSTAWIONY BEZ ROZPATRZENIA

_____ DATA

_____ PIECZĄTKA I PODPIS DYREKTORA PCPR