

Data wpływu wniosku do PCPR

Pieczętka PCPR

Nr sprawy:

W N I O S E K

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 <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			
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

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. z 2020r., poz. 1444, 1517 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