



Pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek



Data wpływu kompletnego wniosku

WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE
I ŚRODKI POMOCNICZE PRZYZNAWANE OSOBOM NIEPEŁNOSPRAWNYM
(wniosek zawiera 3 strony)

Dane dotyczące wnioskodawcy

Imię i nazwisko..... Tel

Nr. PESEL

Nr i seria dowodu osobistego przez kogo wydany

Adres stały (z kodem).....

Adres tymczasowy (z kodem) od kiedy.....

gmina, powiat

Cel dofinansowania

Kwotę dofinansowania proszę przekazać na wskazane przeze mnie konto (nazwa banku i numer rachunku):

.....

Imię i nazwisko właściciela konta: Adres zamieszkania:

POSIADANE ORZECZENIE (właściwe zakreślić)

- | | | | |
|---|----------|--------------|--------|
| a) o stopniu niepełnosprawności | Znacznym | Umiarkowanym | Lekkim |
| b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów do 01.01.1998r. | I | II | III |
| c) o całkowitej / o częściowej niezdolności do pracy / niezdolności do samodzielnej egzystencji | | | |
| d) o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przed 01.01.1998r. | | | |
| e) o niepełnosprawności (dotyczy dzieci do 16 roku życia) | | | |

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłam/em stroną umowy zawartej z Funduszem, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych tj. (Dz. U. z 2016 r., poz. 922).

Upředzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2017 poz.2204) oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB
POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym (wpisać adres) pozostają następujące osoby:

Imię	Nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Stopień niepełnosprawności	Dochód miesięczny(1)
Dane dotyczące wnioskodawcy:					
1.			-----	-----	
Pozostali członkowie ze wspólnego gospodarstwa:					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

W przypadku osób samotnych do oświadczenia należy wpisać tylko Wnioskodawcę.

Liczba członków rodziny pozostających (razem z Wnioskodawcą) we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi osoby/osób.

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód (2), w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi..... zł gr.

słownie.....

Uprowadzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego (Dz. U. z 2017, poz. 2204) oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. Prawdziwość powyższych danych – pod groźbą odpowiedzialności karnej – stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łęcznej dla potrzeb niezbędnych dla realizacji dofinansowania, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych t.j (Dz. U. z 2016 r., poz. 922).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych t.j (Dz. U. z 2016 r., poz. 922).

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego

POUCZENIE

(1) Jest to średni miesięczny dochód za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2017r., poz. 1952) pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składką z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób.

(2) Dochód uzyskany należy podzielić przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

UWAGA: ZASIŁEK PIEŁĘGNACYJNY, RODZINNY I WYCHOWAWCZY NIE JEST DOCHODEM.

Do wniosku należy dołączyć:

1. Kopia dokumentu potwierdzającego stopień niepełnosprawności, grupę inwalidzką lub niezdolność do pracy, niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym wydanym przed 01.01.1998r. (dotyczy osób powyżej 16 roku życia) – **oryginał do wglądu**
2. Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności (dotyczy dzieci do 16 roku życia) – **oryginał do wglądu**
3. Oświadczenie wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (na załączonym druku).
4. Faktura określająca kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze **lub** fakturę pro formę określającą kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.
5. Kopia dokumentów potwierdzających niepełnosprawność osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób (**oryginał do wglądu**)