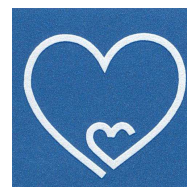


Data wpływu:	
Nr sprawy:	



Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
Imię ojca:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta
NIP:	
Dowód osobisty (o ile dotyczy)	Seria dowodu:
	Numer dowodu:
	Data wydania:
	Wydany przez:

ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

II. DANE PODOPIECZNEGO

<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	

Imię ojca:		
PESEL:		
Data urodzenia:		
Płeć:		<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta
Dowód osobisty	Seria dowodu:	
	Numer dowodu:	
	Wydany przez:	
	Data wydania:	

DANE ADRESOWE

Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

OPIEKUN USTANOWIONY/A

<input type="checkbox"/> Przedstawicielem ustawowym		
<input type="checkbox"/> Opiekunem prawnym:		
	Postanowieniem Sądu Rejonowego:	
	Z dnia:	
	Sygnatura akt:	
<input type="checkbox"/> Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:		
	Imię i nazwisko:	
	Z dnia:	
	Repetytorium nr:	

III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

Niezdolność:	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
<input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim <input type="checkbox"/> Inna dysfunkcja narządu ruchu <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu wzroku <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu słuchu i mowy <input type="checkbox"/> Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe) <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia <input type="checkbox"/> Inny / jaki?	

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. KOSZTY REALIZACJI

Przedmiot wniosku:

--	--

Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

	Właściciel konta (imię i nazwisko):	
	Nazwa banku:	
	Nr rachunku bankowego:	

Przekazem pocztowym

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

OŚWIADCZENIE

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, wynosił: zł.
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

1. Rozpatrzenie wniosku następuje na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Uchwały Zarządu określającej regulamin przyznawania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny, rehabilitacyjny oraz środki pomocnicze.
2. Realizacja złożonych wniosków nastąpi z chwilą otrzymania środków finansowych przez tut. Ośrodek na realizację powyższego zadania.
3. Dofinansowanie będzie przyznawane przez PCPR do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych dla powiatu konińskiego i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.
4. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnacje należy zgłaszać do PCPR w formie pisemnej
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu orzeczniczego zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. RODO).
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci nr telefonu i/lub adresu e-mail wpisanego we wniosku w celu przekazania informacji dotyczącej postępowania.
7. Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art. 233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego (Dz. U. z 1997 r. nr 88 poz. 553 z późniejszymi zmianami).

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Podpis Wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI

1. Kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność.
2. Fakturę potwierdzającą zakup przedmiotów ortopedycznych/środków pomocniczych z wyszczególnieniem: całkowitego kosztu zakupu, kwoty opłaconej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, kwoty udziału własnego lub: ofertę cenową określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia do realizacji,
3. Kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie
4. W przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego należy dołączyć kserokopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu),
5. W przypadku osób niepełnosprawnych uczących się i niepracujących w wieku 18-24 lat, należy dołączyć aktualne zaświadczenie ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki.
6. Zaświadczenie o zatrudnieniu lub prowadzeniu własnej działalności.