Pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr kolejny wniosku data złożenia kompletnego wniosku

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie ze środków PFRON**

**do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze**

**DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

**Imię i nazwisko ..................................................................................................................................**

**Adres zamieszkania ..........................................................................................................................**

**PESEL ...............................................................**

**Numer dokumentu tożsamości ........................................................................................................**

**Numer telefonu ................................................**

**DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY**

**Imię i nazwisko ..................................................................................................................................**

**Adres zamieszkania ..........................................................................................................................**

**PESEL ...............................................................**

**Numer dokumentu tożsamości ........................................................................................................**

**Numer telefonu ................................................**

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB JEGO ODPOWIEDNIK1**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. pierwsza grupa (znaczny stopień niepełnosprawności) |  |
| 2. druga grupa (umiarkowany stopień niepełnosprawności) |  |
| 3. trzecia grupa (lekki stopień niepełnosprawności) |  |
| 4. dziecko do 16 lat z orzeczoną niepełnosprawnością |  |

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODU**

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: ................**

**1 wstawić X w odpowiednim miejscu**

**OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP** | **STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA z WNIOSKODAWCĄ** | **DOCHÓD MIESIĘCZNY NETTO** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |

**Przedmiot dofinansowania: .................................................................................................**

**………………………………………………………………………………………………………**

**Sposób przekazania przyznanego dofinansowania ze środków PFRON1:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Na rachunek bankowy SPRZEDAWCY numer** ....................................................................………………………………………………………….................................................................... |  |
| **Na rachunek bankowy WNIOSKODAWCY** ............................................................................……………………………………………………………………………………………….......................**Imię i Nazwisko właściciela konta** …………………………………………………………………….. |  |
| **W formie wypłaty gotówkowej** |  |

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr. 127, poz. 721 z późniejszymi zmianami),
2. oryginał faktury zakupu przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego określający kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego,
3. kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, potwierdzonego za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie (sklep, apteka).

**Oświadczenie:**

1. Przyjmuję do wiadomości, że administratorem zebranych danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kościerzynie, przy ul. Krasickiego 4.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze zgodnie z art. 35 a ust. 1 pkt 7c ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 127 poz. 721 ze zmianami).
3. Oświadczam, że znam prawo do wglądu, zmiany i żądania zaprzestania przetwarzania swoich danych.
4. Podanie danych jest dobrowolne.
5. Oświadczam, iż nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
6. Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 ze zmianami) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
7. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
8. Potwierdzam zgodność zakupionego sprzętu ze sprzętem wskazanym w fakturze.

**........................................................... ..................................................................**

 **Data Podpis Wnioskodawcy, opiekuna**

**1 wstawić X w odpowiednim miejscu**