

Nr sprawy:

wypełnia PCPR

WNIOSK
o dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne
i środki pomocnicze przyznawane osobom
niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów ze
środków PFRON

pieczęć wpływu wniosku

CZĘŚĆ A: DANE I INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY

1. Nazwisko	2. Imię	3. Numer PESEL
4. Seria i numer dowodu osobistego	5. Data urodzenia	6. Nr telefonu
7. Adres zamieszkania		
8. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)		

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA (dotyczy osób do 18 roku życia, sądownie ubezwłasnowolnionych lub posiadających pełnomocnictwo potwierdzone przez notariusza)

9. Osoba reprezentująca wnioskodawcę* Rodzic <input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Pełnomocnik <input type="checkbox"/> Inna <input type="checkbox"/>		
10. Nazwisko	11. Imię	12. Numer PESEL
13. Seria i numer dowodu osobistego	14. Organ wydający dowód osobisty	15. Data wydania dowodu osobistego
16. Adres zamieszkania		
Nr telefonu:		
17. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)		
18. Ustanowiona/y opiekunem / pełnomocnikiem* <input type="checkbox"/> Postanowieniem Sądu w z dnia sygn. akt <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa z dnia potwierdzonego przez repert. NR		

I. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB JEGO ODPOWIEDNIK (wstawić X w odpowiednim miejscu)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
znaczny	umiarkowany	lekki	osoby niepełnosprawne do lat 16

II. OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ

lp	nazwisko i imię	dochód netto	źródło dochodu
1			
2			
3			
4			
5			
Razem			xxx

Niniejszym oświadczam, że miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

wynosizłotych.

III. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA (wstawić X w odpowiednim miejscu)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pieluchy, pieluchomajtki wkłady anatomiczne	cewniki, worki do zbiórki moczu	aparat słuchowy, wkładka uszna	proteza	inny proszę wpisać jaki:

IV. SPOSÓB PRZEKAZANIA PRYZNANEGO DOFINANSOWANIA: (rachunek bankowy / przekazem pocztowym na adres wnioskodawcy) (wstawić X w odpowiednim miejscu)

posiadacz rachunku	
nazwa banku	
numer rachunku	

V. OŚWIADCZAM, że nie mam zaległości wobec Funduszu PFRON i w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy zawartej z Funduszem PFRON i rozwiązanej z przyczyny leżącej po mojej stronie.

ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO WNIOSKU

nazwa załącznika	załączono do wniosku (podać liczbę załączników)
kopia orzeczenia o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednika wnioskodawcy	
faktura określająca kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego/faktury należy złożyć do końca roku, w którym poniesiono koszt	
kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	

Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego **oświadczam, że podane we wniosku informacje są prawdziwe**, o zmianach zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych znajdujących się w bazie PCPR w Siemiatyczach, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku O ochronie danych osobowych.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy,
przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika

- Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych we wniosku.
 Poinformowałem o niekompletności dokumentów we wniosku.

.....
pieczętka imienna, podpis pracownika PCPR, data