

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
numer PESEL

.....
adres zamieszkania

.....
nr telefonu

**Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie
ul. Małomłyńska 1
86-300 Grudziądz**

<p style="text-align: center;">WNIOSEK O DOFINANSOWANIE DO ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE</p>
--

1. Proszę o dofinansowanie ze środków PFRON kosztów nabycia

.....
(nazwa przedmiotu lub środka)

kwota wnioskowanego dofinansowania

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

wyniósł zł.

3. Kwotę dofinansowania :

- odbiorę w gotówce*

- proszę przekazać na rachunek bankowy*:

.....
(imię i nazwisko/nazwa oraz adres/siedziba posiadacza rachunku bankowego)

.....
(nazwa banku i numer rachunku bankowego)

4. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz, że nie byłem(am) w ciągu trzech lat przed dniem złożenia wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
5. Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, oświadczam że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą. Zgodnie z art. 233 § 1 k.k. (Dz.U. z 2016r. poz.1137 z późn. zm.), kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do 6 miesięcy do lat 8.

6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016r. poz. 922).

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

- a) administratorem tak zebranych danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Małomłyńska 1 86-300 Grudziądz;
- b) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia w zakresie dofinansowania w związku z realizacją zadań powiatu określonych w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (t. j. Dz. U. z 2015r. poz. 926);
- c) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania;
- d) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w w/w zakresie.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

lub

.....
(czytelny podpis przedstawiciela ustawowego
(rodzica) lub opiekuna prawnego lub pełnomocnika)

***właściwe podkreślić**

Do wniosku należy dołączyć :

1. Kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2016r. poz. 2046 z późn. zm.), a w przypadku osoby o której mowa w art. 62 ust.3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed 1 stycznia 1998r.
2. Fakturę określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup.
3. Potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopię zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, albo kopię zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne 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 go do realizacji.

Źródła dochodów podlegające uwzględnieniu zostały określone w ustawie z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2016r., poz. 1518 z późn. zm.).