

.....
data wpływu wniosku

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....
nr wniosku

**Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie
ul. Goldapska 23 19-400 Olecko**

WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
zaopatrzenia osoby niepełnosprawnej w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze**
(wypełnia osoba niepełnosprawna, przedstawiciel ustawowy – w przypadku małoletniego dziecka, opiekun prawny
lub pełnomocnik)

I. Dane osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o dofinansowanie:

1. Imię i nazwisko:
2. Nr PESEL:
3. Adres zamieszkania:
4. Adres do korespondencji:
5. Nr telefonu stacjonarnego lub komórkowego:

II. Stopień niepełnosprawności* (lub jego odpowiednik w pkt. 1,2,3): (* proszę wstawić znak X we właściwej rubryce)

1.	Znaczny / I grupa inwalidzka	
2.	Umiarkowany / II grupa inwalidzka	
3.	Lekki / III grupa inwalidzka	
4.	Orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanym przed 01 stycznia 1998 r. albo o niezdolności do samodzielnej egzystencji/orzeczenia KRUS wydane po 01.01.1998 r. nie są podstawą do zaliczenia osoby, której orzeczenie dotyczy, do osób niepełnosprawnych/	
5.	Orzeczenie o niepełnosprawności w przypadku osób w wieku do 16 lat	

III. Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniej osoby niepełnosprawnej), opiekuna prawnego lub pełnomocnika*:

1. Imię i nazwisko:
2. Nr PESEL:
3. Data urodzenia:.....
4. Adres zamieszkania:

5. Adres do korespondencji:

6. Nr telefonu stacjonarnego lub komórkowego:

W przypadku opiekuna/pełnomocnika*: postanowienie Sądu Rejonowego w
z dnia....., Sygn. Akt...../pełnomocnictwo z dnia
.....

IV. Przedmiot dofinansowania:

Nazwa przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego:

.....
.....

V. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

Niniejszym oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

		Przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (netto)
1.	Osoba niepełnosprawna:	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z osobą niepełnosprawną (np. mąż, żona, syn, córka itp.):		X
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
Razem miesięczny dochód rodziny wynosi:		
Liczba osób pozostająca we wspólnym gosp. domowym:		
Przeciętny miesięczny dochód na członka rodziny: (łączy dochód rodziny podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym)		

VI. Sposób przekazania środków dofinansowania: (proszę właściwe zaznaczyć, stawiając znak X w kratce):

- przelew na konto (imię i nazwisko posiadacza rachunku)
nazwa banku i nr rachunku bankowego :

.....
.....

- przekaz pieniężny

- odbiór w kasie Starostwa Powiatowego w Olecku

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym oraz że jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych informacji. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie poinformować PCPR w Olecku.

.....
(data i czytelny podpis osoby niepełnosprawnej/przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego lub pełnomocnika

VII. Pozostałe oświadczenia wnioskodawcy:

- 1) oświadczam, że **posiadam / nie posiadam** * zaległości wobec Funduszu oraz że w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku **byłam(em) / nie byłam(em)** * stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie;
- 2) **wyrażam / nie wyrażam** * zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (jeśli dotyczy) przez PCPR w Olecku w związku z realizacją zadań wynikających z przepisów prawa, tj. ustawy z dn. 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, przepisów wykonawczych - zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych;
Jednocześnie oświadczam, że zostałem/- am poinformowany o:
 - a) adresie / siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Olecku jako administratora danych osobowych,
 - b) przysługujących mi na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych uprawnieniach, a w szczególności o prawie wglądu do swoich danych i prawie ich poprawienia, uzupełnienia, uaktualnienia, usunięcia, tj. o uprawnieniach wynikających z art. 24 ust. 1 oraz art. 32 ww. ustawy;
- 3) **oświadczam, że jestem świadomy(a), że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.**

.....
(data i czytelny podpis osoby niepełnosprawnej/przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego lub pełnomocnika)

*Właściwe zaznaczyć

Załączniki:

- 1) kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia innych organów (oryginał do wglądu)
- 2) faktura określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, albo:
 - kopia 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.