

Numer sprawy:.....

WNIOSEK

O DOFINANSOWANIE ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE PRYZYNAWANE OSOBOM NIEPEŁNOSPRAWNYM

.....
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(data urodzenia)

.....
(nr dowodu osobistego)

Dane rodzica/opiekuna niepełnosprawnego dziecka lub opiekuna prawnego niepełnosprawnego Wnioskodawcy:

.....
(imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer dowodu osobistego)

1. Przedmiot dofinansowania:

2. Kwota wnioskowana: złotych.

3. Sposób przekazania dofinansowania (właściwe zakreślić):

przelew na mój rachunek bankowy/rachunek osoby upoważnionej Pana/i....., zam., nr rachunku:

□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

wypłata w kasie PCPR:

odbiór osobisty,

odbiór przez osobę upoważnioną Pana/ią, zam.....

....., seria i numer dowodu osobistego

4. Posiadam orzeczenie wydane w dniu, na stałe/okresowo do dnia:

5. Do wniosku załączam:

oświadczenie o dochodach (na odwrocie wniosku),

fakturę/faktury o numerach:

kopię zrealizowanego zlecenia/zrealizowanych zleceń na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, potwierdzoną/potwierdzonych za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie.

6. Oświadczam, że:

1) przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł: zł,

2) dane zawarte w złożonym w bieżącym roku wniosku o dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze nie uległy zmianie/uległy zmianie w zakresie dotyczącym*.....

3) wyrażam zgodę na przetwarzanie **moich/ mojego dziecka/podopiecznego/osoby przeze mnie reprezentowanej*** danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, dla potrzeb realizacji wniosku.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego)

* niepotrzebne skreślić

Wypełnia PCPR:

Powyższe informacje zweryfikowano pod względem zgodności z dokumentami źródłowymi zawartymi we wniosku z dnia

.....
(podpis pracownika PCPR)

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW
za kwartał poprzedzający miesiąc składania wniosku**

Ja, zam.....,

(nazwisko i imię)

(adres zamieszkania)

pouczony/a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy¹, a także świadomy celu składania zeznań oświadczam, że dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, osób pozostających w moim gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc składania wniosku przedstawia się następująco:

		Wiek	Dochód za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku tj. za: <input type="checkbox"/> I kw. (I-III) – dot. wniosków złożonych w mies. IV-VI, <input type="checkbox"/> II kw. (IV-VI) – dot. wniosków złożonych w mies. VII-IX, <input type="checkbox"/> III kw. (VII-IX) – dot. wniosków złożonych w mies. X-XII, <input type="checkbox"/> IV kw. (X-XII roku poprzedniego) – dot. wniosków złożonych w mies. I-III zaznaczyć właściwy kwartał
1	Wnioskodawca		
Pozostałe osoby prowadzące z Wnioskodawcą wspólne gospodarstwo domowe - wymienić stopień pokrewieństwa lub inny stan/stosunek faktyczny łączący Wnioskodawcę z osobą.			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8	Razem kwartalny dochód gospodarstwa domowego (suma wierszy 1-7)		
9	Miesięczny dochód gospodarstwa domowego (łącznie kwartalny dochód podzielony przez 3 miesiące)	wiersz 8 ----- 3 miesiące	
10	Przeciętny miesięczny dochód na jednego członka gospodarstwa domowego (łącznie miesięczny dochód podzielony przez ilość osób w gospodarstwie domowym)	wiersz 9 ----- ilość osób	

- Oświadczam, że zapoznałem/am się z zamieszczoną poniżej klauzulą informacyjną oraz pouczeniem dotyczącym rodzaju dochodów, które należy wykazać w oświadczeniu.
- Zobowiązuję się, na wezwanie PCPR do złożenia wyjaśnień bądź niezbędnych dokumentów w szczególności dot. wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.
- Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....

data

.....

podpis osoby składającej oświadczenie

(wnioskodawca, przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny, pełnomocnik)

Klauzula informacyjna:

Zgodnie z art. 24 ust.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych informuję, iż:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą 38-300 Gorlice, ul. Słoneczna 7, zwanej dalej Centrum,
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez tut. Centrum w celu realizacji zadań z zakresu rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych, finansowanych środkami PFRON,
- posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania,
- obowiązek podania danych osobowych wynika z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

¹ art.233 § 1 – Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2 – Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie.