

WNIOSEK

**O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB
NIEPEŁNOSPRAWNYCH WYDATKÓW NA ZAKUP PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH I
ŚRODKÓW POMOCNICZYCH**

1. Dane dotyczące wnioskodawcy:

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

Adres zamieszkania

Numer telefonu

Seria i numer dowodu osobistego.....

PESEL.....NIP

2. Stopień niepełnosprawności (jaki?).....

Wydany na trwale*, na okres do*.....

**3. Osoba kontynuująca naukę*, osoba pracująca*, osoba bezrobotna poszukująca pracy*,
rencista/emeryt niezainteresowany podjęciem pracy*.**

**4. Nazwa przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego będącego przedmiotem
dofinansowania.....**

5. Sposób przekazania dofinansowania:

✓ przekazem pocztowym na adres*.....

✓ przelewem na konto* /imię i nazwisko właściciela konta, nazwa banku i numer konta/
.....
.....

W załączeniu:

1. Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.
2. Oświadczenie o dochodach – według załączonego druku /udokumentowane zaświadczeniem o zarobkach z zakładu pracy, odcinkiem od renty, emerytury, zaświadczeniem z Urzędu Gminy o dochodowości w przypadku posiadania gospodarstwa rolnego, zaświadczenie z PUP w przypadku osób bezrobotnych, w przypadku pobierania świadczeń z GOPS kserokopie Decyzji, uzyskiwane świadczenia alimentacyjne, itp./
3. Kosztorys/Faktura**wystawiona na osobę niepełnosprawną zawierająca wyszczególnienie kwoty opłaconej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

miejscowość, data

podpis wnioskodawcy, opiekuna lub pełnomocnika

* niepotrzebne skreślić

** po uzgodnieniu z PCPR w Kaliszu

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Proszę wymienić wszystkie osoby (łącznie z Wnioskodawcą) pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym oraz wskazać odpowiednio ich dochody:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Przeciętny miesięczny dochód netto*
		WNIOSKODAWCA	
		RAZEM	

* Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił:zł.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

miejscowość, data

podpis wnioskodawcy, opiekuna lub pełnomocnika

OŚWIADCZENIE O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych znajdujących się w bazie PCPR w Kaliszu zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002r. Nr 101, poz.926 ze zm.).

OŚWIADCZENIE O ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ

Upředzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeksu Karnego (Dz.U.Nr 88, poz. 553 ze zmianami) oświadczam, że podane we wniosku oraz w załącznikach informacje są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

.....
data

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy/przedstawiciela
ustawowego/opiekuna prawnego)