

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  
w Elku  
ul. Piłsudskiego 5**

Wysokość dofinansowania/data przekazania środków .....
.....
.....
/wypełnia PCPR/

## WNIOSEK

### o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

#### I. Dane dotyczące wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej)

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL.....

Dowód osobisty: seria..... numer.....

Telefon.....

*Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik*

1	Znaczny stopień niepełnosprawności (pierwsza grupa)	
2	Umiarkowany stopień niepełnosprawności (druga grupa)	
3	Lekki stopień niepełnosprawności (trzecia grupa)	
4	Dziecko do 16 lat z orzeczoną niepełnosprawnością	

#### II. Dane dotyczące rodzica/ opiekuna prawnego małego wnioskodawcy/ pełnomocnika

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL.....

Dowód osobisty: seria..... numer.....

Telefon.....

#### III. Cel dofinansowania (nazwa przedmiotu ortopedycznego, środka pomocniczego)

.....

#### IV. Oświadczenie wnioskodawcy o dochodach

Oświadczam, że wraz ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym zamieszkują następujące osoby:

L.p	Imię i Nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Źródło dochodu	Przeciętny miesięczny dochód obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (netto)*
1.		wnioskodawca		
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
			RAZEM:	

W przypadku osób samotnych do oświadczenia należy wpisać tylko wnioskodawcę. Średni miesięczny dochód na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego wynosi ..... zł.

#### V. Sposób przekazania dofinansowania

- Konto wnioskodawcy/rodzica/opiekuna/pełnomocnika: .....
- Przelew na konto sprzedawcy, zgodnie z załączoną fakturą
- Odbiór osobisty

.....  
data i podpis wnioskodawcy/ rodzica/ opiekuna/ pełnomocnika

#### UWAGA:

1. Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania!
2. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych PFRON przekazanych dla Powiatu Elckiego na rok 2018 i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.
3. W przypadku podania przez wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, zobowiązany zostanie on do zwrotu przekazanych przez PCPR środków finansowych PFRON wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania przez PCPR płatności tych środków.

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

## OŚWIADCZENIE

- 1) Oświadczam, iż o dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ełku.
- 2) Oświadczam, iż na dzień składania wniosku nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.
- 3) Oświadczam, iż w ciągu trzech lat od daty złożenia niniejszego wniosku nie byłem/am/ stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązywanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- 4) Oświadczam, iż wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych znajdujących się w bazie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ełku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 922).
- 5) Upředzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2017 r., poz. 2204 ze zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

.....  
data i podpis wnioskodawcy/ rodzica/ opiekuna/ pełnomocnika

### **Załączniki do wniosku:**

1. *Kopia orzeczenia o zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, w przypadku dzieci orzeczenie o niepełnosprawności.*
2. *Faktura określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, albo*
3. *Faktura proforma/oferta cenowa określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji wraz z kopią zlecenia na zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.*
4. *W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – kserokopię zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.*

