

**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W MIKOŁOWIE Z SIEDZIBĄ
W ŁAZISKACH GÓRNYCH UL. CHOPINA 8**

Nr wniosku.....

Data wpływu.....

**Program pomocy przy zakupie sprzętu przedmiotów ortopedycznych
i środków pomocniczych osobie niepełnosprawnej.**

A)

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	ADRES ZAMIESZKANIA WNIOSK.
Imię.....	Miejscowość.....
Nazwisko.....	Ulica.....
Data urodzenia.....	Nr domu..... Nr m
PESEL.....	Poczta.....Kod
Jestem Kombatantem (współmałżonkiem kombatanta) TAK NIE	Telefon.....

B)**

DANE PERSONALNE OPIEKUNA	ADRES ZAMIESZKANIA OPIEKUNA
Imię.....	Miejscowość.....
Nazwisko.....	Ulica.....
Data urodzenia.....	Nr domu..... Nr m
PESEL.....	Poczta.....Kod
	Telefon.....

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (*

Znaczny stopień niepełnosprawności	
Umiarkowany stopień niepełnosprawności	
Lekki stopień niepełnosprawności	

Całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji	
Całkowita niezdolność do pracy	
Częściowa niezdolność do pracy	

I grupa inwalidzka	
II grupa inwalidzka	
III grupa inwalidzka	

Orzeczenie o niepełnosprawności

*) wpisać X przy właściwej pozycji

***) wypełnić tylko wtedy, gdy wniosek składa rodzic lub opiekun prawny niepełnosprawnego dziecka

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Lp.	Imię i Nazwisko osób zamieszkujących we wspólnym gospodarstwie domowym	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Przeciętny dochód miesięczny
		WNIOSKODAWCA	
		RAZEM	

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że przeciętny średni miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz 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**, w którym składany jest wniosek : **wynosił.....zł**

PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA

Wnoszę o dofinansowanie niżej wymienionych przedmiotów ortop./środków pomocniczych

Lp.	Nazwa przedmiotu ortoped. środka pomocniczego	Ilość	Cena	Wartość

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych,

Administratorem danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Mikołowie z siedzibą w Łaziskach Górnych ul. Chopina 8, 43-170 Łaziska Górne.

Tel. 32 2244498, e-mail pcpr.mikolow@poczta.fm

W przypadku otrzymanego dofinansowania, środki proszę przekazać :

- na rachunek sprzedawcy urzędu
- na mój rachunek osobisty (podać nazwę banku i nr . rachunku)

nazwa banku.....Oddział.....

numer rachunku

- odbiorę osobiście w kasie Starostwa
- przesłać pocztą na mój adres

....., data.....

(miejscowość)

.....

(podpis wnioskodawcy)

WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE

Lp.	Rodzaj i nazwa przedmiotu ortop./środka pomocniczego	Cena nabycia (PLN)	Udział NFZ (PLN)	Wkład własny ubezpieczonego (PLN)	Przyznana kwota dofinansowania (PLN)
RAZEM					

OŚWIADCZENIE PCPR

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mikołowie z siedzibą w Łaziskach Górnych oświadcza, iż po rozpatrzeniu wniosku przyznaje/ nie przyznaje środki PFRON w kwocie.....zł

(słownie:.....zł)

a) na pokrycie udziału własnego wnioskodawcy przy zakupie przedmiotów ortopedycznych / środków pomocniczych.

b) na częściowe pokrycie udziału własnego w ramach ustalonego limitu (Dz. U Nr 275 poz. 2732 z dnia 28.12.2004 r)

.....
(Data)

.....
Pieczęć i podpis Dyrektora PCPR

Do wniosku należy dołączyć:

- 1) *Kopię aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność .*
- 2) *Fakturę określającą kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup.*
- 3) *Kopię zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę (sprzedawca urządzenia – sklep)*

W przypadku gdy wnioskodawca dokonana zakupu dopiero po otrzymaniu dofinansowania z PCPR powinien do wniosku dołączyć:

- Kopię zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji – dokumenty te otrzyma od sprzedawcy urządzenia (sklep) .

UWAGA

oświadczenie powinno zawierać średni miesięczny dochód za poprzedni kwartał pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych oraz składkę z tytułu ubezpieczeń: emerytalnego, rentowych i chorobowego oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób.