## 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**

Imię.................................................................

Nazwisko........................................................

Data urodzenia................................................

PESEL.............................................................

Jestem Kombatantem

(współmałżonkiem kombatanta) **TAK NIE** **B)\*\***

## DANE PERSONALNE OPIEKUNA

Imię.................................................................

Nazwisko........................................................

Data urodzenia................................................

PESEL.............................................................

**ADRES ZAMIESZKANIA WNIOSK**. Miejscowość.....................................................

Ulica..................................................................

Nr domu..................... .Nr m .............................

Poczta...........................Kod .............................

Telefon...............................................................

## ADRES ZAMIESZKANIA OPIEKUNA

Miejscowość.....................................................

Ulica..................................................................

Nr domu..................... .Nr m .............................

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 DOFINANANSOWANIA

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 urządzenia**
* **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

**OŚWIADCZENIE PCPR**

Lp.

Rodzaj i nazwa przedmiotu ortop./środka pomocniczego

Cena nabycia (PLN)

Udział NFZ (PLN)

Wkład własny ubezpieczonego (PLN)

Przyznana kwota dofinansowania (PLN)

**RAZEM**

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)

1. na pokrycie udziału własnego wnioskodawcy przy zakupie przedmiotów ortopedycznych / środków pomocniczych.
2. 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.*