

**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 sekretariat@pcpr.mikolowski.pl

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)

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 otrzymana 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.