....
data wpływu wniosku do PCPR *numer wniosku*

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków PFRON do zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych dla osób niepełnosprawnych

I. Dane osoby niepełnosprawnej, której ma zostać przyznane dofinansowanie:

Imię i nazwisko:	PESEL:
Adres zamieszkania z kodem pocztowym:	Numer telefonu: Adres e-mail:
Nazwa banku i numer rachunku bankowego, jeżeli wnioskodawca posiada konto osobiste *(wypełnić jeżeli środki mają zostać zwrócone wnioskodawcy)*	

II. Przedmiot dofinansowania :

.....
.....

III. Proszę o przekazanie kwoty dofinansowania*:

- ☐ na moje konto osobiste/konto osobiste opiekuna
- ☐ przekazem pocztowym na adres zamieszkania
- ☐ przelewem na konto wystawcy faktury

Oświadczenie

1) Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, **podzielony przez liczbę osób** we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku,** wynosił.....zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi.....

2) Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz, że w ciągu ostatnich trzech lat nie byłem(łam) stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

3) Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

....
Data Czytelny podpis wnioskodawcy lub opiekuna**

* właściwe zaznaczyć
** w przypadku opiekuna lub pełnomocnika wypełnić część IV wniosku

IV. Dane:
□ przedstawiciela ustawowego (dla niepełnoletniego wnioskodawcy) lub
□ opiekuna prawnego (dla osoby ubezwłasnowolnionej) lub
□ pełnomocnika osoby niepełnosprawnej (ustanowionego notarialnie):

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania:.....

Numer PESEL:.....

Telefon kontaktowy:..... Adres e-mail:……..

Nazwa banku i numer konta bankowego, jeżeli środki mają zostać zwrócone opiekunowi osoby niepełnosprawnej:

.....

....
(data) (podpis)

Do wniosku należy dołączyć:

1) kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważnego (oryginał do wglądu);
2) oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych;
3) **fakturę** określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, **kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze**;

albo

4) 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.

oraz ewentualnie w przypadku opiekuna prawnego lub pełnomocnika:

5) kopię zaświadczenia z sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu)
6) kopię oświadczenia o ustanowieniu pełnomocnika złożonego u notariusza (oryginał do wglądu)

Pouczenie:
Osoba niemogąca pisać, ale mogąca czytać może zamiast podpisu uczynić tuszowy odcisk własnego palca. Obok tego odcisku osoba trzecia wypisze jej imię i nazwisko oraz się podpisze.