CPR.II…………………..

**WNIOSEK**

*na dofinansowanie do zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze realizowane przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Radomiu*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY | DANE OPIEKUNA (wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawcą jest dziecko, lub osoba ubezwłasnowolniona) |
| Nazwisko |  |  |
| Imię |  |  |
| Adres zamieszkania |  |  |
| Numer PESEL |  |  |
| Telefon |  |  |
| NIP |  |  |

- Jednocześnie oświadczam, że (łącznie z osobą niepełnosprawną) prowadzę wspólne gospodarstwo domowe w liczbie ……. osób, osiągając średni miesięczny dochód netto\* ……………zł., co w przeliczeniu na jednego członka gospodarstwa domowego wynosi ……….zł. słownie:…………………………………………………………….………...………………….....złotych.

Nazwa przedmiotu ortopedycznego / środka pomocniczego/ ………………… ……………………………………………………………................................................

***Świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 kodeksu karnego za składane fałszywych zeznań oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą. W przypadku stwierdzenia jakichkolwiek niezgodności ze złożonym oświadczeniem zobowiązuję się do zwrotu przyznanego dofinansowania.***

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Radomiu zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997r. (tekst jedn. Dz. U. z 2016r. poz. 922).

***Wnioskodawca może odebrać oryginały faktur złożonych do wniosku, po okresie 1 miesiąca od dnia zrealizowania wniosku. Faktury zostaną opisane przez PCPR klauzulą „płatne ze środków PFRON w wysokości ……………….”***

Proszę wpisać formę przekazania przyznanego dofinansowania:

……………………………………………………………………….

W załączeniu składam kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – lub w przypadku dziecka kopię orzeczenia o niepełnosprawności ( oryginał do wglądu).

………………………….

 czytelny podpis

\*średni miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych, i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

Zestawienie faktur, na które zostało przyznane dofinansowanie ze środków PFRON

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Faktura VAT, rachunek, pokwitowanie | Data wystawienia | W tym |  |
| Cena | Refundacja NFZ | Udział własny  | Wysokość dofinansowania | Uwagi |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |