

nr telefonu

Wniosek przyjął.....

Dochód – w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. Nr 228 poz. 2255 z późn. zm.) pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz kwotę świadczonych alimentów i powiększony o dochody z działalności gospodarczej, dochody z gospodarstwa rolnego oraz inne dochody nieopodatkowane wymienione w niniejszej ustawie.

**SPECYFIKACJA ZAKUPU PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH
I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH**

dla dziecka / osoby niepełnosprawnej

(Nazwisko i imię)

WYPEŁNIA WNIOSKUJĄCY						WYPEŁNIA PCPR
Lp.	Nr faktury	Nazwa towaru	Wartość towaru	Refundacja NFZ	Udział własny	Wysokość dofinansowania
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
Razem:						

Załączniki:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu)
2. Kopia karty potwierdzenia uprawnienia na zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługujące comiesięcznie.
3. Faktura określająca kwotę opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego,
4. Kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzona za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie tj. sklep medyczny, zakład ortopedyczny, aptekę itp.
5. Dowód osobisty (do wglądu)
6. Pełnomocnictwo (jeśli jest wymagane)
7. W uzasadnionych przypadkach inne dokumenty niezbędne w celu realizacji wniosku.

Wnioski niekompletne nie będą rozpatrywane

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

1. Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych PCPR w Zwoleniu, dla potrzeb wynikających z realizacji zadań z dofinansowaniem ze środków PFRON, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997 Nr 133 poz. 883 z późn. zm.).
2. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy (art.233 § 1 Kodeksu Karnego (Dz. U. Nr 88 poz.533 z p. zm.), „Kto składając zeznanie mające służyć jako za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”).
3. Oświadczam, że nie mam zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.
4. W przypadku gdy Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu poweźmie wątpliwość odnośnie do podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, wzywa wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.
5. W przypadku wykrycia faktu wprowadzenia w błąd organu rozpatrującego wniosek, podania nieprawdziwych informacji, zobowiązuję się do zwrotu pełnej kwoty udzielonego dofinansowania wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania przez PCPR płatności tego dofinansowania, w terminie wskazanym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu.
6. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się poinformować PCPR w ciągu 14dni.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(data i podpis Wnioskodawcy*,

.....
przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego*)

DECYZJA PCPR

Przyznaje się/nie przyznaje się dofinansowanie(a) w kwocie zł.....
(słownie zł)
na dofinansowanie do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
Zwoleń dn.....20..... r

Podpis i pieczęć pracownika PCPR

Podpis i pieczęć Kierownika PCPR

* niepotrzebne skreślić

