





#### IV. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

##### 1. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą

		Stopień niepełnosprawności (jeśli dotyczy)	Przeciętny miesięczny dochód (netto), obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek *
1.	Wnioskodawca:		
	Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – <b>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą</b>		
2.			
3.			
4.			
5.			
<b>RAZEM:</b>			

\* jest to dochód wszystkich wspólnie zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe osób, obliczany za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, w rozumieniu ustawy o świadczeniach rodzinnych, pomniejszony o podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia 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.

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny na jedną osobę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2017 r. poz.1952), obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

wynosi ..... zł.

słownie: .....

Łączna liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym : .....

- Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych PCPR w Poznaniu dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji mojego wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 poz. 922).
- Oświadczam, że zapoznałem się z procedurą dotyczącą przyznawania w bieżącym roku dofinansowania do zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze zamieszczoną na stronie: [www.pcpr.powiat.poznan.pl](http://www.pcpr.powiat.poznan.pl)
- Świadoma(y) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą.
- Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku ujawnienia zawartych we wniosku nieprawdziwych informacji, decyzja na podstawie której przyznano środki finansowe Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zostanie anulowana, a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez PCPR środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania płatności tych środków.

6. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku powzięcia wątpliwości odnośnie podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności, co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, PCPR wezwie Wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.
7. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku o dofinansowanie nie jest równoznaczne z jego przyznaniem. Nie gwarantuje też, że kwota przyznanego dofinansowania będzie równa oczekiwanej przez Wnioskodawcę.
8. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni od ich powstania.
9. Oświadczam, że są mi znane następujące informacje:
  - a) nieusunięcie ewentualnych uchybień we wniosku w wyznaczonym przez PCPR terminie 30 dni, skutkować będzie pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia,
  - b) niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na dany rok.

*\* niepotrzebne skreślić*

.....  
*podpis Wnioskodawcy\*/ przedstawiciela ustawowego\*/  
opiekuna prawnego / pełnomocnika*

## ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO WNIOSKU

Lp.	Nazwa załącznika	Wypełnia pracownik PCPR		
		Załączono do wniosku TAK/NIE	Uzupełniono TAK / NIE	Data uzupełnienia /uwagi/
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub inne równoważne potwierdzające niepełnosprawność Wnioskodawcy i innych osób wspólnie zamieszkujących – <u>oryginał do wglądu</u>			
2.	Kopia <u>zrealizowanego zlecenia</u> na zaopatrzenie w wyroby medyczne <u>potwierdzona za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie</u> <b>lub</b> Kopia <u>przyjętego</u> do realizacji zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne <u>potwierdzona za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie</u>			
3.	Oryginał faktury lub rachunku z wyszczególnionymi kwotami: - wartości całkowitej zakupu, - wartości dofinansowania NFZ, - wartości udziału własnego Wnioskodawcy. <b>lub</b> Oferta określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego,			
4.	W przypadku zaopatrzenia comiesięcznego lub kwartalnego w wyroby medyczne typu pieluchomajtki, cewniki itp. realizowanego na podstawie karty zaopatrzenia wydanej przez NFZ, <u>wymagane jest każdorazowo załączenie kopii karty zaopatrzenia, potwierdzającej dokonanie zakupu – oryginał do wglądu,</u> <b>lub</b> <u>kopii zrealizowanego zlecenia.</u>			
5.	Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego – oryginał do wglądu			

.....  
Podpis pracownika PCPR