



POWIATOWE CENTRUM
POMOCY RODZINIE



Pieczczę z datą wpływu do PCPR

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W POZNANIU

ul. Słowackiego 8, 60 – 823 Poznań

tel. 61 84 10 717

e-mail: sekretariat@pcpr.powiat.poznan.pl,

www.pcpr.powiat.poznan.pl

Nr wniosku IV.532...../2024

WNIOSK

o przyznanie dofinansowania do zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub jej pełnomocnik, a w przypadku osoby niepełnoletniej rodzic bądź opiekun prawny, proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami)

I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY - osoby niepełnosprawnej

Imię i nazwisko.....

PESEL: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

adres zamieszkania

ulica nr domunr lokalu

kod-..... miejscowośćgmina.....

telefon..... e-mail.....

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY/ OPIEKUN PRAWNY/PEŁNOMOCNIK

(wypełnić, jeśli dotyczy)

Imię i nazwisko.....

PESEL: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

adres zamieszkania (wypełnić, gdy jest inny niż Wnioskodawcy)

ulica nr domu nr lokalu

kod-..... miejscowośćgmina

telefon..... e-mail.....

Opiekun prawny ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego w z dnia

..... sygn. akt

Pełnomocnik na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia

repetitorium nr

Stopień niepełnosprawności (wstawić X we właściwej rubryce)

znaczny – (inwalidzi I grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji oraz osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny na podstawie orzeczenia wydanego przed 1998 r.)	
umiarkowany – (inwalidzi II grupy oraz osoby całkowicie niezdolne do pracy)	
lekki – (pozostali inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy oraz osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 1998 r.)	
osoba w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności.	

II. INFORMACJE O PRZEDMIOCIE WNIOSKU

Lp.	Nazwa	Całkowity koszt zakupu	Dofinansowanie NFZ
1.			
2.			
3.			
4.			
RAZEM:			

Wnioskowana kwota dofinansowania:

..... zł, słownie:

III. SPOSÓB WYPŁATY REFUNDACJI:

- Przelew na rachunek bankowy:
imię i nazwisko właściciela rachunku,

.....
adres zamieszkania

.....
nr rachunku bankowego

- sprzedawcy/wystawcy faktury

IV. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

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

wynosi zł.

słownie:

łącznie liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym :

***Należy podać kwoty” netto”, tj. bez wliczania 500+, zasiłku stałego, zasiłku pielęgnacyjnego, dodatku pielęgnacyjnego, świadczenia uzupełniającego.*

2. Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zwanego dalej Funduszem i nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z procedurą dotyczącą przyznawania w bieżącym roku dofinansowania do zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze zamieszczoną na stronie: www.pcsr.powiat.poznan.pl ,
4. 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 oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą.
5. 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.
10. O dofinansowanie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane na podstawie odrębnych przepisów mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli średni miesięczny dochód netto, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, nie przekracza kwot:
 - a) 50% przeciętnego wynagrodzenia na członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - b) 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.

11. **OŚWIADCZAM, ŻE PRZEDSTAWIONO MI KLAUZULĘ INFORMACYJNĄ O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH DLA OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O DOFINANSOWANIE** – klauzula dostępna jest na stronie internetowej www.pcpwr.powiat.poznan.pl oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie.

Miejscowość data

* *niepotrzebne skreślić*

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

ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO WNIOSKU

Lp.	Nazwa załącznika
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego
2.	Faktura określająca: - cenę nabycia, - udział NFZ, - udział własny,
3.	Kopia zrealizowanego zlecenia na wyroby medyczne
4.	Zaświadczenie z Sądu – w przypadku ustanowienia przez Sąd prawnego opiekuna
5.	Pełnomocnictwo notarialne – w przypadku ustanowienia pełnomocnika

LUB

Lp.	Nazwa załącznika
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego
2.	Faktura proforma /oferta cenowa określająca: - cenę nabycia, - udział NFZ, - udział własny,
3.	Kserokopia zlecenia na wyroby medyczne przyjętego do realizacji
4.	Zaświadczenie z Sądu – w przypadku ustanowienia przez Sąd prawnego opiekuna
5.	Pełnomocnictwo notarialne – w przypadku ustanowienia pełnomocnika