

Nr wniosku

..... 2017r.

data wpływu wniosku

***Wniosek o dofinansowanie zaopatrzenia osób niepełnosprawnych
w przedmioty ortopedyczne oraz środki pomocnicze***

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY Imię Nazwisko Data urodzenia r. Seria nr Nr Pesel	ADRES ZAMIESZKANIA Kod pocztowy - Miejscowość Ulica Nr domu Nr m. Powiat Województwo Tel.
DANE PERSONALNE OPIEKUNA Imię Nazwisko Data urodzenia 19r. Seria nr Nr Pesel	ADRES ZAMIESZKANIA OPIEKUNA Kod pocztowy - Miejscowość Ulica Nr domu Nr m. Województwo Telefon

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Zaliczony do osób niepełnosprawnych
Znaczny stopień niepełnosprawności
Umiarkowany stopień niepełnosprawności
Lekki stopień niepełnosprawności

Całkowita niezdolność do pracy
Niezdolność do samodzielnej egzystencji
Częściowa niezdolność do pracy

I grupa inwalidzka
II grupa inwalidzka
III grupa inwalidzka

stała

--

okresowa

--

Zasiłek pielęgnacyjny

--

Oświadczam, że średni miesięczny dochód na jednego członka rodziny, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi

/średni miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego zdrowotnego i chorobowego oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób/.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji programów celowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2002r. Nr 1001poz.926 z późn. zm.)

..... dnia 201r.

.....
podpis wnioskodawcy

Określenie celu dofinansowania	
Opis	
Proszę o dofinansowanie	
Cena przedmiotuzł.	
Udział Narodowego Funduszu Zdrowiazł	
Kwota udziału wnioskodawcy w cenie zakupuzł.	
Dane właściciela konta bankowego na które ma zostać przekazane dofinansowanie 	
Imię i nazwisko	adres właściciela konta
Nr konta <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; width: 300px; height: 20px; margin-left: 10px;"></table>	
DECYZJA PCPR	
Weryfikacja wniosku pozytywna ☐ negatywna ☐	
PCPR /nie/ przyznaje dofinansowanie/a/ na zakup przedmiotu ortopedycznego na podstawie rachunku nr z dnia 2017r	
według załącznika Nr 1	
Kwota dofinansowaniazł.	

.....
(Podpis dyrektora PCPR)

Załączniki do wniosku

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik
2. Kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 roku
3. fakturę określającą kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego
4. kopię zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze