

Wypełnia Wnioskodawca

NR wniosku

data wpływu

WNIOSEK
o przyznanie dofinansowania do zakupu przedmiotu
ortopedycznego/środka pomocniczego ze środków PFRON

(dotyczy osób niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie powiatu inowrocławskiego)

Wnioskodawca:

..... syn/córka

imię ojca

Adres zamieszkania

telefon

Seria i nr dowodu tożsamości

Wydany przez

Data urodzenia

Numer NIP

PESEL

Orzeczony stopień niepełnosprawności

Imię i nazwisko dziecka (w przypadku wnioskodawców występujących w imieniu niepełnosprawnego dziecka)

Przedmiot ortopedyczny/ środek pomocniczy

Cena przedmiotu ortopedycznego/ sprzętu pomocniczego

(całkowita)

Kwota pokrywana przez Narodowy Fundusz Zdrowia

Wymagany udział własny Wnioskodawcy

Wnioskowana kwota dofinansowania

Oświadczam, iż we wspólnym gospodarstwie domowym przebywa (podać liczbę osób bez Wnioskodawcy).....osób.

Oświadczam, iż dochód miesięczny w przeliczeniu na jednego członka gospodarstwa domowego wynosi (netto) zł

słownie:

Konto bankowe (w przypadku wnioskodawcy ubiegającego się o refundację) - wymagane.

.....

.

.....

.

Prawdziwość danych podanych w oświadczeniu stwierdzam własnoręcznym podpisem. Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnych z prawdą, wynikające z art. 297§ 1,2 i 3 Kodeksu karnego (Dz.U. Nr 88, poz. 553).

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych PCPR w Inowrocławiu dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadań ustawowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883).

.....

miejsowość i data

.....

podpis Wnioskodawcy

Załączniki:

- oświadczenie o dochodzie obliczonym za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (netto)
- kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność, również dla dziecka niepełnosprawnego, w imieniu, którego występuje rodzic lub opiekun prawny
- faktura VAT za zakupione przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze wystawiony na Wnioskodawcę, wyszczególniający kwotę opłaconą przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotę udziału własnego osoby niepełnosprawnej
- faktura z odroczonym terminem płatności, nie krótszym niż 30 dni od daty wystawienia przez wykonawcę lub dostawcę przedmiotu ortopedycznego (środka pomocniczego)wystawiona na Wnioskodawcę, wyszczególniająca kwotę opłacaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotę udziału własnego osoby niepełnosprawnej
- w przypadku gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy dołączyć odpowiednio kopię pełnomocnictwa lub postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu)
- potwierdzone przez NFZ - zlecenie na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (kserokopia).