

PCPR.543.....

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE**

I. Dane osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o dofinansowanie:

<b>Imię i nazwisko:</b>			
<b>PESEL:</b>		<b>Telefon:</b>	
<b>Adres zamieszkania:</b>			
Posiadane orzeczenie ( <i>właściwe zaznaczyć</i> ):			
a). o stopniu niepełnosprawności	Znacznym	Umiarkowanym	Lekkim
b). o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów	I	II	III
c). o całkowitej / o częściowej niezdolności do pracy / o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym / i niezdolności do samodzielnej egzystencji			
d). o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych			

II. Oświadczam, że przecięty miesięczny dochód netto, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, odliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosi ..... zł

Słownie .....

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

Czy Osoba z Niepełnosprawnością przebywa w DPS:

Tak  Nie  Brak informacji

III. Przedmiot dofinansowania.....

IV. Forma przekazania dofinansowania: gotówka przelew na konto

**W załączeniu:**

- 1/ Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub zaliczeniu do osób niepełnosprawnych
- 2/ Oryginał faktur określającej kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego.
- 3/ Kopia zlecenia na zaopatrzenie (potwierdzona za zgodność z oryginałem przez realizatora)

Upředzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny oświadcza, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się poinformować w ciągu 7 dni.

Oświadczam, że na podstawie art. 6 ust. 1a oraz art. 9 ust. 2a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wałczu i PFRON, zawartych w niniejszym wniosku oraz wymaganych załącznikach dla potrzeb związanych z realizacją zadania, którego wniosek dotyczy.

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis Wnioskodawcy