

# WNIOSEK

O DOFINANSOWANIE ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

1. IMIĘ I NAZWISKO - ..... – WNIOSKODAWCA

2. ADRES ZAMIESZKANIA - .....

(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)

TELEFON .....

3. PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA - .....

4. KWOTA PRZYZNANA PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA .....

5. CZY WNIOSKODAWCA JEST MIESZKAŃCEM DPS-u .....

(adres Domu Pomocy Społecznej)

6. PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY/OPIEKUN PRAWNY/PEŁNOMOCNIK- .....

..... (wskazać stopień pokrewieństwa) .....

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem / kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną ze środków PFRON kwotę dofinansowania.

Uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88 poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

• **niepotrzebne skreślić**

.....  
(data)

.....  
(podpis)

PRYZYGNANE DOFINANSOWANIE PROSZĘ PRZEKAZAĆ W NASTĘPUJĄCY SPOSÓB : (wstaw znak X we właściwej kratce)

1.  Przelewem na rachunek bankowy sprzedawcy,
2.  Przelewem na rachunek bankowy wnioskodawcy, lub innej wskazanej osoby z podaniem imienia, nazwiska, adresu i nr. konta .....
3.  Przekazem pocztowym na adres wnioskodawcy, po potrąceniu na koszt wnioskodawcy opłaty pocztowej,
4.  Gotówką w kasie PCPR Kłodzko.

.....  
(data)

.....  
(podpis)

## PRYZYGNANE DOFINANSOWANIE

(wypełnia PCPR)

Przyznano dofinansowanie w wysokości .....

Słownie : .....

Na zakup : .....

Termin realizacji zakupu : .....

.....  
(data)

.....  
(podpis)

# OŚWIADCZENIE

wnioskodawcy o dochodach

dla: Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Niniejszym oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za **kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił: .....** zł

liczba osób **we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....**

Niniejszym oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2002 r Nr. 101, poz 926 z późn. zm.)

**Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że nie ubiegam się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel za pośrednictwem innego realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego, fundacji).**

.....data.....

(miejsowość)

.....

(podpis wnioskodawcy\*/  
przedstawiciela ustawowego\*/  
opiekuna prawnego\*/ pełnomocnika\*)

DOKUMENTY NIEZBĘDNE, KTÓRE NALEŻY DOŁĄCZYĆ DO WNIOSKU:

1. Ksero orzeczenia o niepełnosprawności.
2. Ksero karty z Narodowego Funduszu Zdrowia.
3. Kosztorys, fakturę na dany sprzęt lub środki pomocnicze.