

**WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE / REFUNDACJĘ ZE ŚRODKÓW PFRON
ZAOPATRZENIA
W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE¹**

Nr sprawy ON.8213.SRPO-...../20.....

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....
data wpływu wniosku do PCPR

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wykreślić lub wpisać „nie dotyczy”.

1. Dane osoby, której wniosek dotyczy:

DANE PERSONALNE	
Imię i nazwisko:	Data urodzenia: PESEL:
ADRES ZAMIESZKANIA (pobyt stały)	ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)
Kod pocztowy – Miejscowość Ulica Nr domu nr m.	Kod pocztowy – Miejscowość Ulica Nr domu nr m. Powiat
ADRES DO KORESPONDENCJI (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)	
KONTAKT	
Telefon:	e-mail (o ile dotyczy):
DANE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
<u>Rodzaj orzeczenia</u> (stopień niepełnosprawności / orzeczenie o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia) lub orzeczenie równoważne) – <u>wpisać jaki:</u> Termin ważności:	
Otrzymuje zasiłek pielęgnacyjny:	TAK NIE

2. Średni miesięczny dochód² na 1-go członka rodziny:

3. Liczba osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe:

¹ Wniosek ważny od 1 stycznia 2017 roku

² dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał (kalendarzowy) poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

4. Przedmiot dofinansowania – dane o wyrobie medycznym (przedmiocie ortopedycznym/środku pomocniczym):

Lp.	Przedmiot dofinansowania – dane o wyrobie medycznym:
1	Rodzaj wyrobu medycznego (przedmiotu / środka):, Ilość: Faktura / Kosztorys / itp. Nr:, z dnia Wartość ogólna: zł, w tym: Refundacja NFZ: zł Dopłata własna: zł
2	Rodzaj wyrobu medycznego (przedmiotu / środka):, Ilość: Faktura / Kosztorys / itp. Nr:, z dnia Wartość ogólna: zł, w tym: Refundacja NFZ: zł Dopłata własna: zł
3	Rodzaj wyrobu medycznego (przedmiotu / środka):, Ilość: Faktura / Kosztorys / itp. Nr:, z dnia Wartość ogólna: zł, w tym: Refundacja NFZ: zł Dopłata własna: zł
4	Rodzaj wyrobu medycznego (przedmiotu / środka):, Ilość: Faktura / Kosztorys / itp. Nr:, z dnia Wartość ogólna: zł, w tym: Refundacja NFZ: zł Dopłata własna: zł
5	Rodzaj wyrobu medycznego (przedmiotu / środka):, Ilość: Faktura / Kosztorys / itp. Nr:, z dnia Wartość ogólna: zł, w tym: Refundacja NFZ: zł Dopłata własna: zł
6	Rodzaj wyrobu medycznego (przedmiotu / środka):, Ilość: Faktura / Kosztorys / itp. Nr:, z dnia Wartość ogólna: zł, w tym: Refundacja NFZ: zł Dopłata własna: zł
7	Rodzaj wyrobu medycznego (przedmiotu / środka):, Ilość: Faktura / Kosztorys / itp. Nr:, z dnia Wartość ogólna: zł, w tym: Refundacja NFZ: zł Dopłata własna: zł
8	Rodzaj wyrobu medycznego (przedmiotu / środka):, Ilość: Faktura / Kosztorys / itp. Nr:, z dnia Wartość ogólna: zł, w tym: Refundacja NFZ: zł Dopłata własna: zł
9	Rodzaj wyrobu medycznego (przedmiotu / środka):, Ilość: Faktura / Kosztorys / itp. Nr:, z dnia Wartość ogólna: zł, w tym: Refundacja NFZ: zł Dopłata własna: zł
10	Rodzaj wyrobu medycznego (przedmiotu / środka):, Ilość: Faktura / Kosztorys / itp. Nr:, z dnia Wartość ogólna: zł, w tym: Refundacja NFZ: zł Dopłata własna: zł

11	Rodzaj wyrobu medycznego (przedmiotu / środka):, Ilość: Faktura / Kosztorys / itp. Nr:, z dnia Wartość ogólna: zł, w tym: Refundacja NFZ: zł Dopłata własna: zł
12	Rodzaj wyrobu medycznego (przedmiotu / środka):, Ilość: Faktura / Kosztorys / itp. Nr:, z dnia Wartość ogólna: zł, w tym: Refundacja NFZ: zł Dopłata własna: zł

PODSUMOWANIE:	Ilość Faktur / Kosztorysów / itp.:, Wartość ogólna: zł, w tym: Refundacja NFZ: zł, Dopłata własna: zł
----------------------	--

5. Sposób przekazania dofinansowania/refundacji ze środków PFRON:

W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku – środki proszę przekazać:

w kasie Starostwa Powiatowego w Raciborzu w terminie wskazanym przez PCPR

przelewem na rachunek bankowy sprzedawcy

przelewem na wskazane poniżej konto:

Dane właściciela rachunku bankowego:

Nazwa banku i nr rachunku bankowego:

.....

.....
Czytelny podpis
Wnioskodawcy / Przedstawiciela ustawowego /
Opiekuna prawnego / Pełnomocnika

Oświadczam, że:

- *O wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Raciborzu.*
- *Zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ogólnymi kosztami przedmiotu dofinansowania, pomniejszoną o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną kwotą dofinansowania ze środków PFRON.*
- *Prawdziwość przedstawionych danych wykazanych w niniejszym wniosku stwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art. 233 § 1,2 Kodeksu Karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.*
- *Zostałem/am poinformowany/a, że dofinansowanie ze środków Funduszu nie przysługuje, jeżeli podmiot ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu lub podmiot ten był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu.*
- *Nie mam zaległości wobec Funduszu a także nie byłem/am w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.*
- *Zobowiązuję się do informowania Centrum Pomocy Rodzinie w Raciborzu o każdej zmianie mojej sytuacji, mogącej mieć wpływ na sposób rozpatrzenia wniosku tj.: zmiana miejsca zamieszkania, zmiana orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, dochód w przeliczeniu na jednego członka w rodzinie, liczba osób w rodzinie, zmiana numeru konta itp.*
- *W ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym został złożony wniosek o dofinansowanie nie korzystałem/am z tej formy wsparcia w ramach innych działań realizowanych ze środków PFRON, np. w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, itp.*

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U.2016.922).

Administratorem tak zebranych danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Raciborzu.

Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom i być przetwarzane wyłącznie w celu realizacji niniejszego wniosku, udzielenia wsparcia, kontroli, sprawozdawczości.

W ramach zgody na przetwarzanie danych osobowych- wyrażam również zgodę na występowanie do innych organów w ramach postępowania zainicjowanego niniejszym wnioskiem, w celu uzyskania moich danych osobowych niezbędnych do przeprowadzenia postępowania.

Przyjmuję do wiadomości, iż podanie danych jest dobrowolne.

Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik:

Imię i nazwisko:		Data urodzenia:	PESEL:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Ulica:	Nr domu / nr lokalu:
Telefon:		e-mail (o ile dotyczy):	
<u>Dowód osobisty:</u> Seria i nr Data wydania Przez kogo			
<u>Ustanowiony:</u> 1) Opiekunem / 2) Pełnomocnikiem (zaznaczyć właściwe)			
Ad. 1) Postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia sygn. akt			
Ad. 2) Na mocy pełnomocnictwa z dnia			

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis.

.....
Czytelny podpis
Wnioskodawcy / Przedstawiciela ustawowego /
Opiekuna prawnego / Pełnomocnika

Załączniki do wniosku:

1.

- **Faktura VAT** (zapłacona gotówką) określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ) oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup,
- **kserokopia zrealizowanego zlecenia** na zaopatrzenie w wyroby medyczne potwierdzona za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę (sklep) realizującego zlecenie,

i/lub

- **kserokopia karty potwierdzenia uprawnienia na zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługujące comiesięcznie** (oryginał do wglądu), wraz z potwierdzeniem realizacji zleceń,

lub

- **oferta (kosztorys)** określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ) i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji,
- **kserokopia zlecenia** na zaopatrzenie w wyroby medyczne potwierdzona za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę (sklep) realizującego zlecenie,

2. **Dokument potwierdzający niepełnosprawność** – kserokopia aktualnego (prawomocnego) orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności – osoby do 16 roku życia, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kserokopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r., (oryginał do wglądu).
W przypadku osób, które zakupiły wyrób medyczny w trakcie posiadania dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność obecnie już nieważnego (po upływie terminu) – należy dołączyć również kserokopię tego dokumentu (oryginał do wglądu),
3. **Oświadczenie o przeciętnym miesięcznym dochodzie** wnioskodawcy i osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe za kwartał (kalendarzowy) poprzedzający miesiąc złożenia wniosku – druk w załączeniu,
4. **Dowód osobisty** (do wglądu).

Inne załączniki – wymagane w szczególnych przypadkach:

5. W przypadku Wnioskodawcy występującego przez pełnomocnika / opiekuna prawnego:
 - **kserokopia pełnomocnictwa** (oryginał do wglądu) – w przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności,

LUB

 - **kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym** – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny (oryginał do wglądu),
 - **dowód osobisty pełnomocnika / opiekuna prawnego** (do wglądu),
6. W przypadku Wnioskodawcy zamieszkałego w powiecie raciborskim z zamiarem stałego pobytu, ale zameldowanego na pobyt stały w innym powiecie – **oświadczenie** zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25) – druk do pobrania w PCPR.
7. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych innych osób niż wnioskodawca, których dane zostały przekazane do PCPR w ramach niniejszego wniosku (pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, Pełnomocnicy, Opiekunowie prawni, Przedstawiciele ustawowi) – druk do pobrania w PCPR.