Załącznik nr 1 do dofinansowania ze środków PFRON do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**

**ul. Sobieskiego 279A, 84-200 Wejherowo**

**Zespół Obsługi Programów PFRON**

[www.pcprwejherowo.pl](http://www.pcprwejherowo.pl) e-mail: [rs@pcprwejherowo.pl](mailto:rs@pcprwejherowo.pl)

tel. 58 672 40 63 wew.26 fax. 58 672 27 02

[www.pcprwejherowo.pl](http://www.pcprwejherowo.pl) e-mail: [rs@pcprwejherowo.pl](mailto:rs@pcprwejherowo.pl)

tel. 58 672 40 63 wew.15 fax. 58 672 27 02

 Nr sprawy

**Data wpływu ………………………… N**R sprawy PP.612. ……………….… .20….. .

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ ZE ŚRODKÓW PFRON ZAKUPU PRZEZ**

**OSOBĘ NIEPEŁNOSPRAWNĄ PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH   
I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH**

1. **Dane osoby ubiegającej się o refundację zakupu przedmiotu ortopedycznego, środków pomocniczych.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko dziecka niepełnosprawnego**  ........................................................................... | **ADRES ZAMIESZKANIA**  ..............................................................  ulica / osiedle / nr domu |
| **Data urodzenia** | .............................................................  KOD POCZTOWY i MIEJSCOWOŚĆ  **Telefon** .............................................................. |
| **PESEL** |

1. Przedmiot dofinansowania……………………………………………………….
2. Liczba osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe: …………………..
3. 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.

Kwotę refundacji za zakup ……………………………………………… proszę przekazać na wskazany przeze mnie wariant:

* przekaz pocztowy **□** TAK
* na konto bankowe o Nr:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* Imię i nazwisko właściciela konta ………………………………………………………………….

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku dla celów realizacji programu dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze zgodnie z ustawą z dn. 29.06.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2014. 1182. j.t.)

**Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.**

**.............................................**

data i czytelny podpis

wnioskodawcy

**Wymagane załączniki:**

* 1. Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności dziecka lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.
  2. zaświadczenie lekarskie które będzie określało, iż występuje dysfunkcja narządu słuchu i jest potrzebne zaopatrzenie w środki pomocnicze w postaci aparatu słuchowego.
  3. uwierzytelnione pełnomocnictwo lub kserokopia postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego
  4. Faktura określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego osoby niepełnosprawnej lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizowanego zlecenia, kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i pomocnicze, albo kopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego   
     i kwotą udziału własnego oraz terminem zlecenia od momentu przyjęcia do realizacji.
  5. Zaświadczenie o dochodach do wglądu.

Refundacji podlegają następujące faktury: **(*wypełnia PCPR)***

- ………………………………………………………..

- ……………………………………………………….. *Przeciętne wynagrodzenie………*

- ……………………………………………………….. *za kwartał ………* *roku …………*

- ……………………………………………………….. *kwota ……………………….*

- ………………………………………………………..

- ……………………………………………………….. Wyliczenie podstawy do wypłaty …………………………………………………

Sposób wyliczenia dofinansowania:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Koszt całkowity zakupu |  |
| 2. | Limit z NFZ |  |
| 3. | Kwota refundacji z NFZ |  |
| 4. | Udział własny |  |
| 5. | Kwota dofinansowania wg § 13 ust.  2 pkt 2 lit. b rozp. MPiPS  z dnia 25.06.2002 ze zm.  i obowiązującym zarządzeniem  Dyrektora PCPR |  |
|  |
|  |
| 6. | Przyznana kwota dofinansowania na podstawie faktur wynosi: | ………………………………………………………. |

…………………………………………….

Pieczątka i podpis Dyrektora PCPR

**\*** - W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie lub częściowo.