

Proszę o przekazanie środków: (właściwe zaznaczyć)

- przelewem na moje konto, nr rachunku
- przelewem na konto dostawcy zgodnie z fakturą
- w kasie Starostwa w Wodzisławiu Śląskim

III. OŚWIADCZENIA:

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

Wynosił:.....zł.

(słownie.....zł)

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

2.Oświadczam, iż przed złożeniem wniosku zapoznałem(am) się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych, która jest dostępna w siedzibie PCPR Wodzisław Śląski oraz na stronie www.pcpr-wodzislaw.pl, a Administratorem danych osobowych jest Dyrektor, reprezentujący Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wodzisławiu Śląskim, 44-300 Wodzisław Śląski, ul. Wałowa 30.

3.Oświadczam, pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art. 297 § 1, 2, i 3 ustawy z dnia 6.VI.1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600), iż powyżej umieszczone dane są zgodne z prawdą.

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy/przedstawiciela

Wymagane załączniki do wniosku:

- 1) Faktura określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego wraz z potwierdzoną za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie (sklep), kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, albo
 - 2) Ofertę cenową określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego, wraz z kopią zlecenia potwierdzoną za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie (sklep), na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
 - 3) Kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu).
 - 4) Kopia Karty potwierdzenia uprawnień na zaopatrzenie w wyroby medyczne wypełniana przez pracownika NFZ (oryginał do wglądu).
 - 5) Kserokopię dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym (jeżeli dotyczy) - opiekuna prawnego lub pełnomocnictwa (oryginał do wglądu).
-

CZEŚĆ B - wypełnia PCPR Wodzisław Śl.

Rodzaj przyrządu ortopedycznego środka pomoc.	Wartość przedmiotu	Limit cenowy NFZ	Refundacja NFZ %	Dopłata NFZ	Udział wnioskodawcy	Kwota dofinansowania	Numer faktury

Decyzja Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wodzisławiu Śl.

OCENA FORMALNA WNIOSKU (kompletność wymaganych dokumentów)

POZYTYWNA **NEGATYWNA**

Data Podpis

OCENA MERYTORYCZNA (spełnianie warunków określonych przepisami)

POZYTYWNA **NEGATYWNA**

Data Podpis

OPINIA KIEROWNIKA SEKCJI

POZYTYWNA **NEGATYWNA** (uzasadnienie)

.....

Data..... Podpis

PCPR w Wodzisławiu Śl. podejmuje decyzję pozytywną/ negatywną i przyznaje / nie przyznaje środki PFRON w kwocie.....(słownie.....zł),

Data (d/m/r):.....

Pieczęć PCPR

Podpis Dyrektora PCPR