

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZAKUPU PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania:

kod - Warszawa ul.

PESEL Tel. e-mail

NAZWA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA:

.....
.....
.....

SPOSÓB PRZEKAZANIA ŚRODKÓW

Konto osobiste
imię i nazwisko właściciela konta *nr konta*

Przelew na firmę

OŚWIADCZENIE:

- Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku, w bazie danych Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadania: dofinansowanie zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2014 poz. 1182 z późn. zm.).
- Uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 06.06.97 r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88 poz. 553) oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód (netto) rodziny** pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym i obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku** wynosi zł

Liczba osób w gospodarstwie domowym wynosi

Wszystkie podane we wniosku dane są zgodne z prawdą.

UWAGI

.....

Podpis wnioskodawcy

WYLICZENIE DOFINANSOWANIA:

Wysokość udziału własnego w %

Limit cenowy NFZ

Koszt całkowity

Udział NFZ

Udział pacjenta

Dofinansowanie do wysokości % sumy kwoty limitu / udziału własnego:

Kwota dofinansowania

Data pisma

Data przelewu Podpis przygotowującego

Warszawskie Centrum Pomocy Rodzinie - Stołeczne Centrum Osób Niepełnosprawnych
00-147 Warszawa, ul. Andersa 5

tel. 50 97 109

WYMAGANE DOKUMENTY:

1. kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu);
2. udokumentowanie dochodów netto (zgodnie z treścią zawartą w oświadczeniu);
3. kserokopia wypełnionego zlecenia lekarskiego, poświadczona za zgodność z oryginałem;
4. faktura zakupu, faktura pro-forma lub inny dokument potwierdzający zakup - zawierający całkowity koszt przedmiotu/usługi, kwotę udziału NFZ i kwotę udziału klienta
5. kopia postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu), jeżeli wnioskodawca działa poprzez opiekuna prawnego.

W przypadku zwrotu na rzecz klienta - nr konta bankowego.