



#### 4. Informacje o posiadanym rachunku bankowym

Nazwa Banku .....

Nr konta .....

Imię i nazwisko posiadacza konta .....

#### 5. Forma przekazania przyznanych środków PFRON /podkreślić właściwą formę/

Przelew na konto osobiste wnioskodawcy podane we wniosku\*

Odbiór w kasie PCPR w Inowrocławiu\*

Przelew na konto firmy /sklepu/ realizującej zlecenie\*

#### OŚWIADCZENIE

**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, wynosi /netto/ .....zł /słownie /...../**

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

Wnioskodawca przebywa w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej\* **TAK**      **NIE**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych przez administratora danych tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Inowrocławiu, podaje dane dobrowolnie i oświadczam, że są one prawdziwe oraz że zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

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

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia      **TAK**      **NIE**

.....  
Podpis pracownika PCPR  
przyjmującego wniosek

.....  
Podpis Wnioskodawcy

#### Załączniki do wniosku:

1. Kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność /oryginał do wglądu/.
2. Fakturę proforma /oferta/ lub w przypadku zakupu przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego za gotówkę wystawioną fakturę oryginalną z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego /NFZ/ oraz kwotą udziału własnego.
3. Kserokopię zlecenia lekarskiego na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne/środki pomocnicze potwierdzoną za zgodność z oryginałem; w przypadku zakupu przedmiotu ortopedycznego/środka pomocniczego za gotówkę kserokopię zrealizowanego zlecenia lekarskiego (wypełniona część III i IV), potwierdzoną za zgodność z oryginałem.
4. W przypadku gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy dołączyć odpowiednio pełnomocnictwo lub postanowienia sądu o ustanowienie opiekuna prawnego, pełnomocnika /oryginał do wglądu/.

\*Właściwe zaznaczyć