

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZAKUPU PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

kod – Warszawa, ul.

PESEL NIP

TELEFON (y)

NAZWA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA:

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

SPOSÓB PRZEKAZANIA ŚRODKÓW:

Konto osobiste
Imię i nazwisko właściciela konta *nr konta*

Przekaz pocztowy na adres domowy

Przelew na firmę

OŚWIADCZENIE:

Uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej art.297 §1,2 i 3 ustawy z dn. 06.06.97r. 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. (22) 620 66 04

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.

.