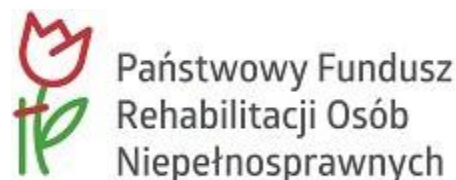


Numer wniosku:  
Pieczęć wpływu:

PCPR LUBLIN



## WNIOSEK

### o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

#### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

##### ROLA WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola  | Do uzupełnienia  |
|---|--|
| Wnioskodawca składa wniosek:                              | <input type="checkbox"/> we własnym imieniu<br><input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny: dziecka/małoletniego podopiecznego<br><input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego)<br><input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie<br><input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie |
| Postanowieniem Sądu:                                      |  |
| Z dnia:   |  |
| Sygnatura akt:  |  |
| Na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie z dnia: |  |
| Imię i nazwisko notariusza:                               |  |
| Repertorium nr:   |  |
| Zakres pełnomocnictwa:                                    | <input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie<br><input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania<br><input type="checkbox"/> do zawarcia umowy<br><input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku<br><input type="checkbox"/> do złożenia wniosku<br><input type="checkbox"/> inne                                   |

Do wniosku należy dołączyć kopię dokumentów potwierdzających ustanowienie wnioskodawcy opiekunem prawnym podopiecznego lub kopię pełnomocnictwa upoważniającego do reprezentowania mocodawcy.

##### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola      | Do uzupełnienia   |
|-----------------|---|
| Imię:           |   |
| Drugie imię:    |   |
| Nazwisko:       |   |
| PESEL:          |   |
| Data urodzenia: |   |
| Płeć:           | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |

**ADRES ZAMIESZKANIA**

| Nazwa pola           | Do uzupełnienia   |
|----------------------|---|
| Gmina:               |   |
| Miejscowość:         |   |
| Ulica:               |   |
| Nr domu:             |   |
| Nr lokalu:           |   |
| Kod pocztowy:        |   |
| Poczta:              |   |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś |
| Nr telefonu:         |   |
| Adres e-mail:        |   |

**ADRES KORESPONDENCYJNY** Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola    | Do uzupełnienia |
|---------------|-----------------|
| Miejscowość:  |                 |
| Ulica:        |                 |
| Nr domu:      |                 |
| Nr lokalu:    |                 |
| Kod pocztowy: |                 |
| Poczta:       |                 |

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY<sup>1</sup>**

| Nazwa pola      | Do uzupełnienia   |
|-----------------|---|
| Imię:           |   |
| Drugie imię:    |   |
| Nazwisko:       |   |
| PESEL:          |   |
| Data urodzenia: |   |
| Płeć:           | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO**

| Nazwa pola           | Do uzupełnienia   |
|----------------------|---|
| Miejscowość:         |   |
| Ulica:               |   |
| Nr domu:             |   |
| Nr lokalu:           |   |
| Kod pocztowy:        |   |
| Poczta:              |   |
| Nr telefonu:         |   |
| Adres e-mail:        |   |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś <b>Gmina:</b> ..... |

<sup>1</sup> osoba upoważniająca inną osobę (pełnomocnika) do działania w swoim imieniu poprzez udzielenie jej pełnomocnictwa

## STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

| Nazwa pola   | Do uzupełnienia   |  |
|--|---|--|
| <b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>  | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie  |  |
| <b>Stopień niepełnosprawności:</b>   | <input type="checkbox"/> znaczny<br><input type="checkbox"/> umiarkowany<br><input type="checkbox"/> lekki<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy  |  |
| <b>Numer orzeczenia:</b>   |   |  |
| <b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>   | <input type="checkbox"/> bezterminowo<br><input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:   |  |
| <b>Grupa inwalidzka:</b>   | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy   |  |
| <b>Niezdolność:</b>  | <input type="checkbox"/> osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji<br><input type="checkbox"/> osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny<br><input type="checkbox"/> osoby całkowicie niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> osoby częściowo niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy   |  |
| <b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>  | <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe<br><input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne<br><input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br><input type="checkbox"/> osoba głucha<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema<br><input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku<br><input type="checkbox"/> osoba niewidoma<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma<br><input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu<br><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego<br><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych<br><input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja<br><input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia<br><input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego<br><input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego<br><input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne<br><input type="checkbox"/> 11-I – inne:<br><input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |  |
| <b>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</b> | <input type="checkbox"/> tak<br><input type="checkbox"/> nie  |  |
| <b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>   | <input type="checkbox"/> 2 przyczyny<br><input type="checkbox"/> 3 przyczyny  |  |

## ŚREDNI DOCHÓD

Czy Osoba z Niepełnosprawnością przebywa w DPS:  Tak  Nie  Brak informacji

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:  indywidualnie  wspólnie

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy: .....

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

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### I KOSZTY REALIZACJI

Wnioskowana kwota dofinansowania nie może przekraczać całkowitego kosztu zakupu pomniejszego o dofinansowanie NFZ. Przykład: jeżeli aparat słuchowy kosztuje 4.000 zł a NFZ przyznał 700 zł., to maksymalna wnioskowana kwota dofinansowania może wynieść 3.300 zł.

Dofinansowanie NFZ musi być większe od 0.

#### Przedmiot 1

| Nazwa pola                        | Do uzupełnienia |
|-----------------------------------|-----------------|
| Przedmiot wniosku:                |                 |
| Numer zlecenia:                   |                 |
| Całkowity koszt zakupu:           |                 |
| Dofinansowanie NFZ:               |                 |
| Udział własny wnioskodawcy:       |                 |
| Wnioskowana kwota dofinansowania: |                 |

#### Przedmiot 2

| Nazwa pola                        | Do uzupełnienia |
|-----------------------------------|-----------------|
| Przedmiot wniosku:                |                 |
| Numer zlecenia:                   |                 |
| Całkowity koszt zakupu:           |                 |
| Dofinansowanie NFZ:               |                 |
| Udział własny wnioskodawcy:       |                 |
| Wnioskowana kwota dofinansowania: |                 |

#### Przedmiot 3

| Nazwa pola                        | Do uzupełnienia |
|-----------------------------------|-----------------|
| Przedmiot wniosku:                |                 |
| Numer zlecenia:                   |                 |
| Całkowity koszt zakupu:           |                 |
| Dofinansowanie NFZ:               |                 |
| Udział własny wnioskodawcy:       |                 |
| Wnioskowana kwota dofinansowania: |                 |

**Przedmiot 4**

| Nazwa pola                        | Do uzupełnienia |
|-----------------------------------|-----------------|
| Przedmiot wniosku:                |                 |
| Numer zlecenia:                   |                 |
| Całkowity koszt zakupu:           |                 |
| Dofinansowanie NFZ:               |                 |
| Udział własny wnioskodawcy:       |                 |
| Wnioskowana kwota dofinansowania: |                 |

**RAZEM KWOTA WNISKOWANA**

| Nazwa pola                        | Do uzupełnienia |
|-----------------------------------|-----------------|
| Całkowity koszt zakupu:           |                 |
| Dofinansowanie NFZ:               |                 |
| Udział własny wnioskodawcy:       |                 |
| Wnioskowana kwota dofinansowania: |                 |

**II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH** Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

| Nazwa pola                          | Do uzupełnienia                 |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| Właściciel konta (imię i nazwisko): |                                 |
| Nazwa banku:                        |                                 |
| Nr rachunku bankowego               | — — — — — — — — — — — — — — — — |

 Przekazem pocztowym Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu (tylko w przypadku przedmiotu jeszcze nie zakupionego, tj. faktura pro-forma/kosztorys/oferta cenowa)

## Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

### OŚWIADCZENIE

Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

| Miejscowość | Data | Podpis Wnioskodawcy |
|-------------|------|---------------------|
|             |      |                     |

### WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

|    |   |
|----|---|
| 1. | Kopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, orzeczenia do celów rentowych lub kopia wypisu z treści orzeczenia   |
| 2. | Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych.   |
| 3. | <b>Faktura</b> określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach NFZ oraz kwotą udziału własnego wraz z <b>potwierdzoną za zgodność</b> przez sprzedawcę realizującego zlecenie <b>kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne</b> - <u>w przypadku, gdy przedmiot dofinansowania został już zakupiony.</u> |
| 4. | <b>Kopia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne</b> wraz z <b>ofertą</b> określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach NFZ i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji - <u>w przypadku, gdy przedmiot dofinansowania nie został jeszcze zakupiony.</u>              |
| 5. | Kopia zaświadczenia lub orzeczenia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej.   |
| 6. | Kopia pełnomocnictwa w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika.   |