**Data wpływu:**

**Nr wniosku:**

**WNIOSEK**

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

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| **I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** | □miasto  □wieś |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

**II. DANE PODOPIECZNEGO**

* Nie dotyczy

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **DANE ADRESOWE** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA** | |

Przedstawicielem ustawowym:

Opiekunem prawnym:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Postanowieniem Sądu Rejonowego:** |  |
| **Z dnia:** |  |
| **Sygnatura akt:** |  |

Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **Z dnia:** |  |
| **Repetytorium nr:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Stopień niepełnosprawności:** | * Znaczny * Umiarkowany * Lekki   □Nie dotyczy |
| **Grupa inwalidzka:** | * I grupa * II grupa * III grupa * Nie dotyczy |
| **Niezdolność:** | * Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji   □Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny   * Osoby całkowicie niezdolne do pracy * Osoby częściowo niezdolne do pracy * Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym * Nie dotyczy |
| **Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:** | * Tak * Nie dotyczy |
| **RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | |

* Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
* Inna dysfunkcja narządu ruchu
* Dysfunkcja narządu wzroku
* Dysfunkcja narządu słuchu i mowy
* Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
* Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
* Inny / jaki?

# Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| **I. KOSZTY REALIZACJI** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Przedmiot wniosku:** |  |
| **Całkowity koszt zakupu:** |  |
| **Dofinansowanie NFZ:** |  |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania:** |  |

## II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

* Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Właściciel konta (imię i nazwisko):** |  |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Nr rachunku bankowego:** |  |

* W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)
* Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

# Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód netto, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił:**……………………**zł.

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

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) - 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 (Dz.U. 2018 poz. 1000).

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

|  |  |
| --- | --- |
| **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** | |
| **Lp.** | **Plik** |
| 1. | Kserokopia grupy inwalidzkiej/ orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. |
| 2. | Faktura określająca kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego NFZ oraz kwotę udziału własnego. |
| 3. | Kserokopia zlecenia zaopatrzenia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę. |