**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**  **Przedmiot 1** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Przedmiot wniosku:** |  |
| **Numer zlecenia:** |  |
| **Całkowity koszt zakupu:** |  |
| **Dofinansowanie NFZ:** |  |
| **Udział własny wnioskodawcy:** |  |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **I. KOSZTY REALIZACJI**  **Przedmiot 2** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Przedmiot wniosku:** |  |
| **Numer zlecenia:** |  |
| **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** | **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 (sprzedawcy-realizatora zlecenia) podane na dowodzie zakupu usługi

**RAZEM KWOTA WNIOSKOWANA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Całkowity koszt zakupu** |  |
| **Dofinansowanie NFZ** |  |
| **Udział własny wnioskodawcy** |  |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania** |  |

**Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**

**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, 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. z 2019 r. poz. 1950 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.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|  | |  |  |
|  | **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** | | |
| **Lp.** |  | | |
| 1. | Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społeczne oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r., (do wglądu należy przedstawić oryginał orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność); | | |
| 2. | Faktura zakupu określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z potwierdzoną za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze;  albo  Kopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji; | | |
| 3. | Oświadczenie stanowiące załącznik nr 1 do wniosku | | |
| 4. | W przypadku, gdy Wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy załączyć odpowiednio uwierzytelnione pełnomocnictwo lub postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (do wniosku należy dołączyć kserokopię –oryginał do wglądu); | | |
| 5. | W przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej do wniosku należy dołączyć kserokopię aktu urodzenia dziecka ( oryginał do wglądu). | | |
| 6. | Oryginał aktualnego zaświadczenia ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki lub zatrudnieniu, w przypadku osoby niepełnosprawnej uczącej się lub pracującej w wieku powyżej 24 lat (dotyczy dofinansowania do aparatów słuchowych). | | |
| 7. | Klauzula informacyjna RODO | | |