**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

### ROLA WNIOSKODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| **Wnioskodawca składa wniosek:** |  |
| **Postanowieniem Sądu:** |  |
| **Z dnia:** |  |
| **Sygnatura akt:** |  |
| **Imię i nazwisko notariusza:** |  |
| **Repertorium nr:** |  |
| **Zakres pełnomocnictwa:** | pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie  do rozliczenia dofinansowania  do zawarcia umowy  do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku  do złożenia wniosku  inne |

### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć** | mężczyzna kobieta |

#### ADRES ZAMIESZKANIA

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** | miasto  wieś |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

#### ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |

### DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** | mężczyzna kobieta |

#### ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **Rodzaj miejscowości:** | miasto  wieś |

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Do uzupełnienia |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** | tak  nie |
| **Stopień niepełnosprawności:** | Znaczny  Umiarkowany  Lekki  Nie dotyczy |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | bezterminowo  okresowo – do dnia: ………………………………. |
| **Numer orzeczenia:** |  |
| **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 |
| **Rodzaj niepełnosprawności:** | 01-U – upośledzenie umysłowe  02-P – choroby psychiczne  03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu  osoba głucha  osoba głuchoniema  04-O – narząd wzroku  osoba niewidoma  osoba głuchoniewidoma  05-R – narząd ruchu  wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się   przy pomocy wózka inwalidzkiego  dysfunkcja obu kończyn górnych  06-E – epilepsja  07-S – choroby układu oddechowego i krążenia  08-T – choroby układu pokarmowego  09-M – choroby układu moczowo-płciowego  10-N – choroby neurologiczne  11-I – inne  12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |
| **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:** | tak  nie |
| **Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):** | 2 przyczyny  3 przyczyny |

### ŚREDNI DOCHÓD

**Czy OzN przebywa w DPS:**

Tak Nie Brak informacji

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne wspólne

**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 koszt zakupu pomniejszonego o dofinansowanie NFZ. Przykład: jeżeli aparat słuchowy kosztuje 4.000 zł a NFZ przyznał 700 zł, to maksymalna wnioskowana kwota dofinansowania może wynosić 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:** |  |

### RAZEM KWOTA WNIOSKOWANA

|  |  |
| --- | --- |
| 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:** |  |

W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

## Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

### OŚWIADCZENIE

Uprzedzony/uprzedzona 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* |
|  |  |  |

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Plik** |
|  |  |

### UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Plik** |
|  |  |

### LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

|  |
| --- |
| **Lista** |
|  |