Data wpływu:
Nr wniosku:

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

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:	

□ 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 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997roku - Kodeks Karny (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 roku, poz. 1950 z późniejszymi zmianami) – 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 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. 2019 poz. 1781 z późniejszymi zmianami).

Miejscowość	*Data*	*Podpis Wnioskodawcy*

Data i podpis pracownika przyjmującego wniosek

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU	
Lp.	**Plik**

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU	
Lp.	**Plik**

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE
Lista