**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** |
|  |