**Data wpływu:**

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

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

**ON.601 . .2021**

## 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<br>□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<br>□ Umiarkowany<br>□ Lekki<br>□Nie dotyczy |
| **Grupa inwalidzka:** | □ I grupa<br>□ II grupa<br>□ III grupa<br>□ Nie dotyczy |
| **Niezdolność:** | □ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji<br>□Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny<br>□ Osoby całkowicie niezdolne do pracy<br>□ Osoby częściowo niezdolne do pracy<br>□ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym □ Nie dotyczy |
| **Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:** | □ Tak<br>□ 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 2020 roku, poz. 1444, 1517 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** |
| |