**Data wpływu:**

**Nr wniosku: PCPR.N. 41115. …….. 20…. r.**

**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:** | ZnacznyUmiarkowanyLekkiNie dotyczy |
| **Grupa inwalidzka:** | I grupaII grupaIII grupanie dotyczy |
| **Niezdolność:**  | Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencjiOsoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjnyOsoby całkowicie niezdolne do pracyOsoby częściowo niezdolne do pracyOsoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnymNie dotyczy |
| **Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:** | TakNie 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:** |  |
| **Refundacja NFZ:** |  |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania:** |  |
| **Udział własny wnioskodawcy** |  |

**II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH Przedmiot 1**

 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

|  |
| --- |
| **I. KOSZTY REALIZACJI Przedmiot 2** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Przedmiot wniosku:** |  |
| **Numer zlecenia** |  |
| **Całkowity koszt zakupu:** |  |
| **Refundacja NFZ:** |  |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania:** |  |
| **Udział własny wnioskodawcy** |  |

**II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH Przedmiot 2**

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

|  |
| --- |
| **I. KOSZTY REALIZACJI Przedmiot 3** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Przedmiot wniosku:** |  |
| **Numer zlecenia** |  |
| **Całkowity koszt zakupu:** |  |
| **Refundacja NFZ:** |  |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania:** |  |
| **Udział własny wnioskodawcy** |  |

**II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH Przedmiot 3**

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

|  |
| --- |
| **RAZEM KWOTA WNIOSKOWANA** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Razem (wszystkie przedmioty):** |  |
| **Słownie złotych:** |  |

 **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. Nr 88, poz. 553, 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.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|  |  |  |