

Wniosek nr:

Rehabilitacja społeczna – Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

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	
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

##### ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

Nazwa pola	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

**II. DANE PODOPIECZNEGO** Nie dotyczy

Nazwa pola	
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

**DANE ADRESOWE**

Nazwa pola	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

**OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA**

Przedstawicielem ustawowym  Opiekunem prawnym:

<b>Nazwa pola</b>	
<b>Postanowieniem Sądu Rejonowego:</b>	
<b>Z dnia:</b>	
<b>Sygnatura akt:</b>	

Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

<b>Nazwa pola</b>	
<b>Imię i nazwisko:</b>	
<b>Z dnia:</b>	
<b>Repetitorium nr:</b>	

**III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

<b>Nazwa pola</b>	
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Niezdolność:</b>	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> 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  
Przedmiot 1**

<b>Nazwa pola</b>	
<b>Przedmiot wniosku:</b>	
<b>Numer zlecenia</b>	
<b>Całkowity koszt zakupu:</b>	
<b>Dofinansowanie NFZ:</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania:</b>	
<b>Udział własny wnioskodawcy</b>	

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

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

<b>Nazwa pola</b>	
<b>Właściciel konta (imię i nazwisko):</b>	
<b>Nazwa banku:</b>	
<b>Nr rachunku bankowego:</b>	

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

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

**I. KOSZTY REALIZACJI  
Przedmiot 2**

<b>Nazwa pola</b>	
<b>Przedmiot wniosku:</b>	
<b>Numer zlecenia</b>	
<b>Całkowity koszt zakupu:</b>	
<b>Dofinansowanie NFZ:</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania:</b>	
<b>Udział własny wnioskodawcy</b>	

**II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH****Przedmiot 2**
 Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	
<b>Właściciel konta (imię i nazwisko):</b>	
<b>Nazwa banku:</b>	
<b>Nr rachunku bankowego:</b>	

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

 Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi
**RAZEM KWOTA WNIOSKOWANA**

Nazwa pola	
<b>Całkowity koszt zakupu</b>	
<b>Dofinansowanie NFZ</b>	
<b>Wnioskowana kwota dofinansowania</b>	
<b>Udział własny wnioskodawcy</b>	

**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.

**Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, 1517.) - 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 (Dz.U. 2018 poz. 1000).

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

Lp.	Plik
1.	

**UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

Lp.	Plik
1.	

**LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE**

Lista
1.

**Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:**

1)

- a) Faktura określająca kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup wraz z potwierdzoną za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie kopię zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (w przypadku środków pomocniczych np. pieluchomajtki, cewniki, worki – kserokopia karty zaopatrzenia comiesięcznego),
- b) kopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą (fakturą proforma) określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.

2)

- a) kopia orzeczenia o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów,
- b) kopia orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 roku,
- c) kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,
- d) kopia orzeczenia o niepełnosprawności do 16-stego roku życia.

3) W przypadku gdy w imieniu Wnioskodawcy występuje opiekun prawny, pełnomocnik lub przedstawiciel ustawowy należy dołączyć dokument potwierdzający pełnomocnictwo notarialne lub postanowienie Sądu o opiece prawnej (oryginał do wglądu).

4) Oświadczenie o wysokości dochodów wnioskodawcy i osób wspólnie zamieszkujących z osobą niepełnosprawną w gospodarstwie domowym (przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku).

5) Inne dokumenty wymagane w zależności od indywidualnej sytuacji Wnioskodawcy.