

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:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> 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:	
Repetitorium nr:	

**III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Nazwa pola	Wartość
<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**

Nazwa pola	Wartość
<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:

Nazwa pola	Wartość
<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

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

W kasie lub przekazem pocztowym

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

## I. KOSZTY REALIZACJI Przedmiot 3

Nazwa pola	Wartość
<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 3

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Wartość
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

W kasie lub przekazem pocztowym

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

### RAZEM KWOTA WNIOSKOWANA

Nazwa pola	Wartość
Całkowity koszt zakupu	
Dofinansowanie NFZ	
Wnioskowana kwota dofinansowania	
Udział własny wnioskodawcy	

## 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, wyniósł: ..... 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 2019 r., poz. 1950, 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.**

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy