**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 |
| **DAN** | **E 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 osoba OzN przebywa w DPS?**.......

**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** | |
| 1. Kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub innego równoważnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność Wnioskodawcy,  2. Skan oryginału faktury określającej cenę nabycia z wyodrębnioną kwota opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, lub  3. Kopię zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia do realizacji,  4. Postanowienie Sądu lub Pełnomocnictwo Notarialne w przypadku wniosku dotyczącego podopiecznego/ ubezwłasnowolnionego. | |