Data wpływu:

Numer wniosku:

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

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

Wnioskodawca składa wniosek ☐ **we własnym imieniu**
☐ **w imieniu osoby niepełnosprawnej**

Zakres pełnomocnictwa nie dotyczy ☐

Wnioskodawca składa wniosek w imieniu osoby niepełnosprawnej na podstawie:

- Postanowienia Sądu ……..…….….……
  z dnia ……..…… Sygnatura akt ……..…….…….
- Aktu notarialnego
  Imię i nazwisko notariusza ……..... Repetytorium nr ……

Zakres pełnomocnictwa:

☐ pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie
☐ do rozliczenia dofinansowania
☐ do zawarcia umowy
☐ do udzielenia dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku
☐ do złożenia wniosku
☐ inne…….

Dane Wnioskodawcy

Imię: …….

Drugie Imię: …….……

Nazwisko: …….……

PESEL: …….…

Data urodzenia: ……..……..

Płeć: ☐ mężczyzna ☐ kobieta

Adres zamieszkania

96-100 Skierniewice ul. ……..……...……nr domu ……nr lokalu …….

Nr telefonu …….adres e-mail …….…….

Adres korespondencyjny ☐ taki sam jak adres zamieszkania

Miejscowość ……

Ulica……..……nr domu ……nr lokalu ……..…

Kod pocztowy …….poczta …….

Dane podopiecznego/mocodawcy

Imię: …….

Drugie Imię: ……

Nazwisko: ……

PESEL: ……

Data urodzenia: ……..

Płeć: ☐ mężczyzna ☐ kobieta

Adres zamieszkania i dane kontaktowe podopiecznego

96-100 Skierniewice ul. ……...……nr domu ……nr lokalu …..…

Nr telefonu …….adres e-mail …….

Stopień niepełnosprawności

Osoba w wieku do lat 16 posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności ☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności ☐ znaczny ☐ umiarkowany ☐ lekki ☐ nie dotyczy
Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest ☐ na stałe ☐ okresowo do dnia.....
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 (zgodnie z orzeczeniem) ☐ tak ☐ nie

Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy) ☐ 2 przyczyny ☐ 3 przyczyny

Średni dochód

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe ☐ indywidualne ☐ wspólne

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy: ……

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: …….……..

Koszty realizacji

1.Przedmiot wniosku ……...……. Nr zlecenia NFZ …….……

Całkowity koszt zakupu ……..……..dofinansowanie NFZ ……

Udział własny wnioskodawcy ……wnioskowana kwota dofinansowania …….....

2.Przedmiot wniosku ……. Nr zlecenia NFZ …….

Całkowity koszt zakupu ……...……..dofinansowanie NFZ ……..

Udział własny wnioskodawcy ……wnioskowana kwota dofinansowania …….....

3.Przedmiot wniosku ……. Nr zlecenia NFZ …….

Całkowity koszt zakupu ……...……..dofinansowanie NFZ ……..

Udział własny wnioskodawcy ……wnioskowana kwota dofinansowania …….....

Razem kwota wnioskowana

Całkowity koszt zakupu …… dofinansowanie NFZ……

Udział własny wnioskodawcy …….……wnioskowana kwota dofinansowania…….…….....

Forma przekazania środków finansowych

☐ przelew na konto wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę

Właściciel konta (imię i nazwisko) …….

Nazwa banku ……...

Nr rachunku bankowego……..

☐ przekazem pocztowym

☐ konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

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.

Skierniewice, dnia …… ……..…….

podpis Wnioskodawcy

Załączniki do wniosku:

1. kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub równoważne,
2. kserokopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze określająca limit przyznany z NFZ poświadczona „za zgodność" przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie,
3. faktura VAT określająca kwotę opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, kwotę limitu wyznaczonego przez NFZ oraz kwotę udziału własnego,
4. klauzula RODO.