|  |
| --- |
| Data wpływu wniosku |

Numer wniosku ………….............................

# **Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne**

# **i środki pomocnicze**

**I. Dane dotyczące Wnioskodawcy**

|  |
| --- |
| **1**.**Imię i nazwisko**: |
| **2**. **Adres zamieszkania** **( miejsce pobytu osoby bezdomnej)**  Miejscowość: ………………………… ul. ……………………….nr domu …….nr lokalu………  Nr kodu ……- ……….. Poczta ………………… Gmina ………………………………………… |
| **3.PESEL** ( w przypadku nadania) |
| **4. Telefon:** stacjonarny………………………………komórkowy……………………………………………..  E- mail ……………………………………………………………………………………………… |
| **5. Przedstawiciel ustawowy ( dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik:**  Imię i nazwisko: …………………………………………………………………………………….  Adres zamieszkania ( miejsce pobytu osoby bezdomnej)  Miejscowość: ………………………ul. …………………………nr domu…………nr lokalu……  Nr kodu…..-……….Poczta ………………….. Gmina ……………………………………………  PESEL: ……………………………………………………………………………………………..  Dowód osobisty: Seria …………..Nr ………….wydany w dniu ………………………………….  przez ………………………………………………………………………………………………...  Telefon: stacjonarny …………………………komórkowy ………………………………………..  E- mail ………………………………………………………………………………………………  Postanowienie Sądu w …………………..z dnia ……………..sygn. akt………………………...... |

**II. Posiadane orzeczenie\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Komisja Lekarska ds. inwalidztwa i zatrudnienia ZUS ( orzeczenie wydane przed 01.09.1997r.) lub orzeczenie MON i MSWiA**  **( wydane przed 01.01.1998r.)** | I grupa |  |
| II grupa |  |
| III grupa |  |
| **Orzeczenie lekarza orzecznika ZUS** | Całkowicie niezdolny do pracy i samodzielnej egzystencji |  |
| Całkowicie niezdolny do pracy |  |
| Częściowo niezdolny do pracy |  |
| **Orzeczenie o ustaleniu stopnia niepełnosprawności** | Znaczny stopień niepełnosprawności |  |
| Umiarkowany stopień niepełnosprawności |  |
| Lekki stopień niepełnosprawności |  |
| Orzeczenie o niepełnosprawności dla dzieci do 16 roku życia |  |
| **Komisja lekarska KRUS ( orzeczenie wydane przed 01.01.1998r.)** | Orzeczenie o długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym oraz uprawnienie do zasiłku pielęgnacyjnego |  |
| Orzeczenie o długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym ( bez uprawnienia do zasiłku pielęgnacyjnego) |  |

Oświadczam, iż 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 ……………………………

………………………………………………. ………………………………………………..

( miejscowość i data ) ( podpis Wnioskodawcy/opiekuna ustawowego/

opiekuna prawnego/pełnomocnika)

**OŚWIADCZENIE**

1. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.
2. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Funduszu i nie byłem/am w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

.............................................................. ..............................................................

( miejscowość i data) (podpis Wnioskodawcy/opiekuna ustawowego/

opiekuna prawnego/pełnomocnika)

\*właściwe zaznaczyć

**III. Przedmiot dofinansowania**

|  |
| --- |
| **Nazwa przedmiotu dofinansowania**: |
| **Całkowity koszt zakupu:** |
| **Refundacja NFZ:** |
| **Udział własny:** |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania:** |
| **Forma przekazania przyznanych środków finansowych:**  Przelew na rachunek bankowy:  Imię i nazwisko właściciela rachunku……………………………………………………..  Adres zamieszkania ……………………………………………………………………….  Nazwa banku ………………………………………………………………………………  Numer konta bankowego ………………………………………………………………….. |
| **Przelew na konto bankowe firmy/ wystawcy faktury :**  Dane sprzedawcy ………………………………………………………………………….  Adres ……………………………………………………………………………………...  Nazwa banku ………………………………………………………………………………  Numer konta bankowego …………………………………………………………………. |

………….............................. ............................................................

( miejscowość i data ) ( Podpis Wnioskodawcy/opiekuna ustawowego/

opiekuna prawnego/pełnomocnika)

**IV. Wypełnia PCPR**

|  |
| --- |
| **Weryfikacja wniosku**: pozytywna …………………… negatywna ………………………. |
| **Przyznano / nie przyznano dofinansowanie na zakup/naprawę przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych:** ……………………………………………………………………………………………….. |
| Faktura nr ………………….……………………….z dnia ………………………………… |
| **Kwota dofinansowania** …………………………………….    słownie ……………………………………………………………………………………… |

…………………………………………… …………………………………………..

Miejscowość i data Pieczęć i podpis Dyrektora PCPR

**Załączniki do wniosku:**

1. Kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu)
2. Faktura, rachunek lub proforma na zakup przedmiotów ortopedycznych/ środków pomocniczych uwzględniający udział Narodowego Funduszu Zdrowia i kwotę udziału własnego osoby niepełnosprawnej.
3. Kopia przyjętego do realizacji lub zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzona za zgodność przez Świadczeniobiorcę.
4. Postanowienie sądu o ubezwłasnowolnieniu i wyznaczeniu opiekuna prawnego ( jeśli dotyczy)
5. Potwierdzenie notarialne pełnomocnictwa do załatwiania spraw w imieniu wnioskodawcy ( jeśli dotyczy)
6. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.