

WNIOSK
WNIOSK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB
NIEPEŁNOSPRAWNYCH ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE

DANE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Imię:		Drugie imię:	
Nazwisko:		PESEL:	
Data urodzenia:		Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA

Miejscowość:		Ulica:	
Numer domu:		Numer lokalu:	
Kod pocztowy:		Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś	Numer telefonu:	
Adres email:			

ADRES KORESPONDENCYJNY

taki sam jak adres zamieszkania

Miejscowość:		Ulica:	
Numer domu:		Numer lokalu:	
Kod pocztowy:		Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Imię:		Drugie imię:	
Nazwisko:		PESEL:	
Data urodzenia:		Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA i DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

dane takie same jak Wnioskodawcy

Miejscowość:		Ulica:	
Numer domu:		Numer lokalu:	
Kod pocztowy:		Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś	Numer telefonu:	
Adres email:			

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy	Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: _____	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy	Niezdolność:	<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 Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
Rodzaj niepełnosprawności:		<input type="checkbox"/> 01-U	upośledzenie umysłowe	
		<input type="checkbox"/> 02-P	choroby psychiczne	
		<input type="checkbox"/> 03-L	zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu	<input type="checkbox"/> osoba głucha
				<input type="checkbox"/> osoba głuchoniema
		<input type="checkbox"/> 04-O	narząd wzroku	<input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma
		<input type="checkbox"/> 05-R	narząd ruchu	<input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
				<input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych
		<input type="checkbox"/> 06-E	epilepsja	
		<input type="checkbox"/> 07-S	choroby układu oddechowego i krążenia	
		<input type="checkbox"/> 08-T	choroby układu pokarmowego	
		<input type="checkbox"/> 09-M	choroby układu moczowo-płciowego	
		<input type="checkbox"/> 10-N	choroby neurologiczne	
<input type="checkbox"/> 11-I	inne			
<input type="checkbox"/> 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:		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:	<input type="checkbox"/> indywidualnie <input type="checkbox"/> wspólne
Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy¹:	
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:	

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

(zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny i/lub likwidacja barier architektonicznych i/lub w komunikowaniu się i/lub technicznych i/lub dofinansowania w ramach programu Aktywny samorząd)

Ze środków finansowych PFRON:		<input type="checkbox"/> nie korzystałam/em <input type="checkbox"/> korzystałam/em		
CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON				
CEL DOFINANSOWANIA	NUMER UMOWY	DATA ZAWARCIA UMOWY	KWOTA DOFINANSOWANIA	STAN ROZLICZENIA

¹ przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

PRZEDMIOT WNIOSKU**KOSZTY REALIZACJI****PRZEDMIOT 1**

Przedmiot wniosku:			
Numer zlecenia:		Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:		Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:			

PRZEDMIOT 2

Przedmiot wniosku:			
Numer zlecenia:		Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:		Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:			

PRZEDMIOT 3

Przedmiot wniosku:			
Numer zlecenia:		Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:		Udział własny wnioskodawcy:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:			

RAZEM KWOTA WNIOSKOWANA

Całkowity koszt zakupu:			
Dofinansowanie NFZ:			
Wnioskowana kwota dofinansowania:			

FORMA PZREKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH **przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:**

Właściciel konta (imię i nazwisko):			
Nazwa banku:			
Numer rachunku bankowego:			

 przekazem pocztowym na adres zamieszkania Wnioskodawcy

INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

OŚWIADCZENIE

1. 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.
2. Oświadczam, iż nie mam zaległości wobec PFRON.
3. Oświadczam, że w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłam/byłem stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
4. Oświadczam, że przebywam w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej: **tak** **nie**
5. **Uprzedzony/uprzedzona 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.**

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych dostępna jest w siedzibie PCPR ul. Wojska Polskiego 195 A, 86-100 Świecie oraz na stronie internetowej PCPR (<http://pcpr-swiecie.rbip.mojregion.info>)

MIEJSCOWOŚĆ	DATA	PODPIS WNIOSKODAWCY

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

- 1a. **Kserokopia orzeczenia** lub wypisu z treści orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub o niezdolności do pracy lub o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów, albo kopię orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego na stałe przed dniem 1 stycznia 1998r.
- 1b. **Kopia zrealizowanego zlecenia** na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze **potwierdzoną za zgodność przez świadczeniodawcę.**
- 1c. **Faktura oryginal za zakup** lub naprawę przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego wystawiona na osobę niepełnosprawną lub dziecko niepełnosprawne określająca kwotę opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ) oraz kwotę udziału własnego wnioskodawcy.

LUB

- 2a. **Kserokopia orzeczenia** lub wypisu z treści orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub o niezdolności do pracy lub o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów, albo kopię orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego na stałe przed dniem 1 stycznia 1998r.
- 2b. **Kopia zlecenia** na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
- 2c. **Oferta określająca cenę nabycia** lub naprawę przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego wystawiona na osobę niepełnosprawną lub dziecko niepełnosprawne z wyodrębnioną kwotą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz terminie realizacji zlecenia od momentu przyjęcia do realizacji.