

**WNIOSEK****WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚROKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE****DANE WNIOSKODAWCY****DANE PERSOŃALNE WNIOSKODAWCY**

<b>Imię:</b>		<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>		<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>		<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>			
<b>Miejscowość:</b>		<b>Ulica:</b>	
<b>Numer domu:</b>		<b>Numer lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>		<b>Poczta:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś	<b>Numer telefonu:</b>	
<b>Adres email:</b>			

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

<input type="checkbox"/> taki sam jak adres zamieszkania			
<b>Miejscowość:</b>		<b>Ulica:</b>	
<b>Numer domu:</b>		<b>Numer lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>		<b>Poczta:</b>	

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

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

**ADRES ZAMIESZKANIA i DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO**

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

**ŚREDNI DOCHÓD**

<b>Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:</b>	<input type="checkbox"/> indywidualnie <input type="checkbox"/> wspólne
<b>Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy<sup>1</sup>:</b>	
<b>Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:</b>	

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

## STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> znaczny	<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo
	<input type="checkbox"/> umiarkowany		<input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: _____
	<input type="checkbox"/> lekki		
	<input type="checkbox"/> <b>nie dotyczy</b>		
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa	<b>Niezdolność:</b>	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji
	<input type="checkbox"/> II grupa		<input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny
	<input type="checkbox"/> III grupa		<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy
	<input type="checkbox"/> <b>nie dotyczy</b>		<input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy
			Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym
			<input type="checkbox"/> <b>nie dotyczy</b>
<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<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	<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b> <input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

### PRZEDMIOT WNIOSKU

#### KOSZTY REALIZACJI

##### PRZEDMIOT 1

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

##### PRZEDMIOT 2

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

##### PRZEDMIOT 3

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

**RAZEM KWOTA WNIOSKOWANA**

Całkowity koszt zakupu:	
Dofinansowanie NFZ:	
Wnioskowana kwota dofinansowania:	

**FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH**

<input type="checkbox"/> przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:	
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Numer rachunku bankowego:	
<input type="checkbox"/> 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. **Upředzony/upředzona 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

**ZALĄCZNIKI 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 oryginał 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.