

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

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:	<input type="text"/>
Postanowieniem Sądu:	<input type="text"/>
Z dnia:	<input type="text"/>
Sygnatura akt:	<input type="text"/>
Imię i nazwisko notariusza:	<input type="text"/>
Repertorium nr:	<input type="text"/>
Zakres pełnomocnictwa:	<input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> Do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> Do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> Do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> Pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	<input type="text"/>

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

ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	<input type="text"/>
Powiat:	<input type="text"/>
Gmina:	<input type="text"/>
Miejscowość:	<input type="text"/>
Ulica:	<input type="text"/>
Nr domu:	<input type="text"/>
Nr lokalu:	<input type="text"/>
Kod pocztowy:	<input type="text"/>
Poczta:	<input type="text"/>
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> Wieś <input type="checkbox"/> Miasto
Nr telefonu:	<input type="text"/>
Adres e-mail:	<input type="text"/>

ADRES KORESPONDENCYJNY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	<input type="text"/>
Powiat:	<input type="text"/>
Gmina:	<input type="text"/>

Miejscowość:	<input type="text"/>
Ulica:	<input type="text"/>
Nr domu:	<input type="text"/>
Nr lokalu:	<input type="text"/>
Kod pocztowy:	<input type="text"/>
Poczta:	<input type="text"/>

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Imię:	<input type="text"/>
Drugie imię:	<input type="text"/>
Nazwisko:	<input type="text"/>
PESEL:	<input type="text"/>
Data urodzenia:	<input type="text"/>
Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	<input type="text"/>
Powiat:	<input type="text"/>
Gmina:	<input type="text"/>
Miejscowość:	<input type="text"/>
Ulica:	<input type="text"/>
Nr domu:	<input type="text"/>
Nr lokalu:	<input type="text"/>
Kod pocztowy:	<input type="text"/>

Poczta:	<input type="text"/>
Nr telefonu:	<input type="text"/>
Adres e-mail:	<input type="text"/>
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> Wieś <input type="checkbox"/> Miasto

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności – nie <input type="checkbox"/> Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności – tak
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Stopień niepełnosprawności – nie dotyczy <input type="checkbox"/> Stopień niepełnosprawności – lekki <input type="checkbox"/> Stopień niepełnosprawności – umiarkowany <input type="checkbox"/> Stopień niepełnosprawności – znaczny
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności – okresowo <input type="checkbox"/> Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności – bezterminowo
Numer orzeczenia:	<input type="text"/>
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> Grupa inwalidzka – nie dotyczy <input type="checkbox"/> Grupa inwalidzka – III grupa <input type="checkbox"/> Grupa inwalidzka – II grupa <input type="checkbox"/> Grupa inwalidzka – I grupa

Niezdolność:	<input type="checkbox"/> Niezdolność do pracy – nie dotyczy <input type="checkbox"/> Niezdolność do pracy – częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> Niezdolność do pracy – całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> Niezdolność do pracy – całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym
Rodzaj niepełnosprawności:	
01-U – upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe
02-P – choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne
03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu:	<input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
osoba głucha	<input type="checkbox"/> Osoba głucha
osoba głuchoniema	<input type="checkbox"/> Osoba głuchoniema
04-O – narząd wzroku:	<input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku
osoba niewidoma	<input type="checkbox"/> Osoba niewidoma
osoba głuchoniewidoma	<input type="checkbox"/> Osoba głuchoniewidoma
05-R – narząd ruchu:	<input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu
wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego	<input type="checkbox"/> Porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego
dysfunkcja obu kończyn górnych	<input type="checkbox"/> Dysfunkcja obu kończyn górnych
06-E – epilepsja	<input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja
07-S – choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
08-T – choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego

09-M - choroby układu moczowo-płciowego	<input type="checkbox"/> 09-M - choroby układu moczowo-płciowego
10-N - choroby neurologiczne	<input type="checkbox"/> 10-N - choroby neurologiczne
11-I - inne	<input type="checkbox"/> 11-I - inne
12-C - całościowe zaburzenia rozwojowe	<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"/> Niepełnosprawność sprzężona - nie <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność sprzężona - tak
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> Liczba przyczyn niepełnosprawności - 3 przyczyny <input type="checkbox"/> Liczba przyczyn niepełnosprawności - 2 przyczyny

ŚREDNI DOCHÓD

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Czy OzN przebywa w DPS:	<input type="checkbox"/> Brak informacji <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:	<input type="checkbox"/> Gospodarstwo domowe wspólne <input type="checkbox"/> Gospodarstwo domowe indywidualne
Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

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 1 wniosku:	<input type="text"/>
Numer zlecenia:	<input type="text"/>
Całkowity koszt zakupu:	<input type="text"/>
Dofinansowanie NFZ:	<input type="text"/>
Udział własny wnioskodawcy:	<input type="text"/>
Wnioskowana kwota dofinansowania:	<input type="text"/>

Przedmiot 2

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przedmiot 2 wniosku:	<input type="text"/>
Numer zlecenia:	<input type="text"/>
Całkowity koszt zakupu:	<input type="text"/>
Dofinansowanie NFZ:	<input type="text"/>
Udział własny wnioskodawcy:	<input type="text"/>
Wnioskowana kwota dofinansowania:	<input type="text"/>

Przedmiot 3

Nazwa pola	Do uzupełnienia
------------	-----------------

Przedmiot 3 wniosku:	<input type="text"/>
Numer zlecenia:	<input type="text"/>
Całkowity koszt zakupu:	<input type="text"/>
Dofinansowanie NFZ:	<input type="text"/>
Udział własny wnioskodawcy:	<input type="text"/>
Wnioskowana kwota dofinansowania:	<input type="text"/>

RAZEM KWOTA WNIOSKOWANA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Całkowity koszt zakupu	<input type="text"/>
Dofinansowanie NFZ	<input type="text"/>
Udział własny wnioskodawcy	<input type="text"/>
Wnioskowana kwota dofinansowania	<input type="text"/>

II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Właściciel konta (imię i nazwisko):	<input type="text"/>
Nazwa banku:	<input type="text"/>
Nr rachunku bankowego:	<input type="text"/>

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Załączniki wymagane do wniosku kosztów zaopatrzenia osoby niepełnosprawnej w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

- 1) Fakturę za zakupiony przedmiot / fakturę z odroczonym terminem płatności z wyszczególnioną kwotą opłaconą przez NFZ i wymaganym udziałem wnioskodawcy.
- 2) Kopię aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność wnioskodawcy.
- 3) Potwierdzona za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopia zrealizowanego zlecenia z NFZ.
- 4) Dokument potwierdzający dochód.
- 5) W przypadku osoby uczącej się zaświadczenie ze szkoły.

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.

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>