

Nr wniosku-...-...../.....

WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB
NIEPEŁNOSPRAWNYCH ZAOPATRZENIA W
PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE LUB / I ŚRODKI POMOCNICZE
osobie niepełnosprawnej

(wypełnia osoba niepełnosprawna, opiekun prawny lub pełnomocnik, w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Dane osoby niepełnosprawnej

..... data urodzenia

(Imię/ imiona i nazwisko)

seria.....nr wydany w dniu przez

(dowód osobisty)

nr PESEL nr NIP

.....

(adres zameldowania – proszę podać dokładny adres z kodem, ulicą nr domu i nr lokalu)

.Szczecin..... nr telefonu

(adres zamieszkania – proszę podać dokładny adres z kodem, ulicą nr domu i nr lokalu)

Dane osoby reprezentującej osobę niepełnosprawną

..... syn/córka.....

imię (imiona) i nazwisko imię ojca

seria nr wydany w dniu..... przez

(dowód osobisty)

nr PESEL..... nr NIP

.....

(adres zameldowania – proszę podać dokładny adres z kodem, ulicą nr domu i nr lokalu)

.Szczecin..... nr telefonu

(adres zamieszkania – proszę podać dokładny adres z kodem, ulicą nr domu i nr lokalu)

Rodzic/ opiekun prawny /pełnomocnik (wpisać właściwe)

Proszę o dofinansowanie zakupu

należy podać nazwę przedmiotu ortopedycznego / środka pomocniczego

w kwocie **słownie:**

UZASADNIENIE WNIOSKU:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

