

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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Przyznane dofinansowanie

(proszę wstawić X we właściwej rubryce)

dotyczy sytuacji, gdy sprzęt został zakupiony	Odbiór w Kasie MOPR przy ulicy Abramowskiego 19 w Szczecinie	
	Proszę przekazać na konto Imię i nazwisko właściciela konta	
	Adres właściciela konta	
	Numer konta	
dotyczy sytuacji, gdy sprzęt nie został zakupiony	Proszę przekazać na konto sprzedawcy	

I. Stopień niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej

(proszę wstawić X we właściwej rubryce)

znaczny, inwalida I grupy, osoba całkowicie niezdolna do pracy i niezdolna do samodzielnej egzystencji,	
umiarkowany, inwalida II grupy, osoba całkowicie niezdolna do pracy	
lekki, inwalida III grupy, osoba częściowo niezdolna do pracy, osoba stale albo długotrwale niezdolna do pracy w gospodarstwie rolnym	
orzeczenie o niepełnosprawności dziecka do 16 roku życia	

II. Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólny gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił.....zł
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

III. Oświadczam, że:

- nie mam / mam* zaległości wobec PFRON (* niewłaściwe skreślić)

- w ciągu trzech lat od daty złożenia niniejszego wniosku nie byłem(em)* / byłem(em)* stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie (* niewłaściwe skreślić)

IV. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z udzieleniem dofinansowania ze środków PFRON.

V. Zgodnie z § 12 ust. 4 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. (Dz. U. 2002 nr 96 poz. 861 ze zmianami) w przypadku, gdy MOPR poweźmie wątpliwości odnośnie podanych we wniosku danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, wezwie wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenie niezbędnych dokumentów.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1i 2 Kodeksu Karnego za składanie nieprawdziwych danych. za składanie nieprawdziwych danych.

.....
Data podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*,
opiekuna prawnego*, pełnomocnika* (* niewłaściwe skreślić)

VI. Dokumenty wymagane przy składaniu wniosku:

1. oryginał orzeczenia o niepełnosprawności lub inne równoważne orzeczenie,
2. dowód osobisty osoby niepełnosprawnej,
3. w przypadku reprezentowania osoby niepełnoletniej – dowód osobisty przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego oraz dokument potwierdzający prawo do reprezentowania osoby niepełnoletniej (np. skrócony akt urodzenia dziecka, postanowienie Sądu o ustanowieniu opieki prawnej),
4. w przypadku reprezentowania osoby dorosłej – dowód osobisty opiekuna lub pełnomocnika oraz postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego lub pełnomocnictwo notarialne,
5. kopia zrealizowanego zlecenia z przyznanym limitem Narodowego Funduszu Zdrowia – potwierdzona za zgodność przez świadczeniodawcę, wraz z fakturą VAT (rachunkiem) określającą kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotę udziału własnego, potwierdzającą zakup, **albo**
6. kopia zlecenia na zaopatrzenie wraz z ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji,