



## WNIOSEK

### o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

|                                                                                  | DANE WNIOSKODAWCY/<br>OPIEKUNA PRAWNEGO                             | DANE PODOPIECZNEGO<br>(dane dziecka lub osoby<br>ubezwłasnowolnionej) |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Imię i Nazwisko                                                                  |                                                                     |                                                                       |
| PESEL:                                                                           |                                                                     |                                                                       |
| Data urodzenia:                                                                  |                                                                     |                                                                       |
| Płeć                                                                             | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta | <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta   |
| Adres zamieszkania:<br>(miejscowość, ulica,<br>nr domu, kod pocztowy,<br>poczta) |                                                                     |                                                                       |
| Rodzaj miejscowości:                                                             | <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś       | <input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś         |
| Nr telefonu:                                                                     |                                                                     |                                                                       |
| Adres e-mail:                                                                    |                                                                     |                                                                       |

#### ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam jak adres zamieszkania

| Nazwa pola                                                                                           | Wartość |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| W przypadku innego adresu<br>należy wpisać<br>(miejscowość, ulicę,<br>nr domu, kod pocztowy, pocztę) |         |

#### Przedmiot Wniosku

## RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

|                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe<br><input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne<br><input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu<br><input type="checkbox"/> osoba głucha<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniema<br><input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku<br><input type="checkbox"/> osoba niewidoma<br><input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma<br><input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu<br><input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego<br><input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych<br><input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja<br><input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia<br><input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego<br><input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego<br><input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne<br><input type="checkbox"/> 11-I – inne<br><input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |
| <b>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)</b> | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (zaznaczyć, jeśli dotyczy):</b>                                                                  | <input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

## ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

☐ indywidualne    ☐ wspólne

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

**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:.....**

## KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Ze środków finansowych PFRON:**

☐ nie korzystałem      ☐ korzystałem

**Dotyczy osób, które otrzymały dofinansowanie na podstawie zawartej umowy!**

| Cel dofinansowania | Nr umowy | Data zawarcia umowy | Kwota dofinansowania | Stan rozliczenia |
|--------------------|----------|---------------------|----------------------|------------------|
|                    |          |                     |                      |                  |
|                    |          |                     |                      |                  |

## FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

☐ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

| Nazwa pola                                 | Wartość |
|--------------------------------------------|---------|
| <b>Właściciel konta (imię i nazwisko):</b> |         |
| <b>Nazwa banku:</b>                        |         |
| <b>Nr rachunku bankowego:</b>              |         |

☐ Przekazem pocztowym na wskazany we wniosku adres Wnioskodawcy

☐ Przelewem na konto sprzedawcy przedmiotu

## OŚWIADCZENIE

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.

**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.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na:

- przetwarzanie moich danych osobowych podanych w złożonym wniosku i zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej o zakresie ochrony danych osobowych dostępnej w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Radomiu oraz znam przysługujące mi prawa.
- umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

| Miejscowość | Data | Podpis Wnioskodawcy |
|-------------|------|---------------------|
|             |      |                     |

## WYMAGANE DO WNIOSKU ZAŁĄCZNIKI

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub w przypadku dziecka kopię orzeczenia o niepełnosprawności.                                                                                                                                                                  |
| 2. | Faktura określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą przez NFZ oraz kwotą udziału własnego, wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. |
| 3. | Kopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą przez NFZ i kwotą udziału własnego wraz z terminem realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.                    |
| 4. | Zaświadczenie/postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego dla osoby niepełnosprawnej lub pełnomocnictwo (jeśli dotyczy).                                                                                                                                                   |

**Poniższą tabelę wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Radomiu!**

Zestawienie faktur, na które zostało przyznane dofinansowanie ze środków PFRON

| Lp. | Nr Faktury. | Data wystawienia. | w tym |                |               |                         |
|-----|-------------|-------------------|-------|----------------|---------------|-------------------------|
|     |             |                   | Cena  | Refundacja NFZ | Udział własny | Wysokość dofinansowania |
|     |             |                   |       |                |               |                         |
|     |             |                   |       |                |               |                         |
|     |             |                   |       |                |               |                         |
|     |             |                   |       |                |               |                         |
|     |             |                   |       |                |               |                         |
|     |             |                   |       |                |               |                         |
|     |             |                   |       |                |               |                         |
|     |             |                   |       |                |               |                         |
|     |             |                   |       |                |               |                         |
|     |             |                   |       |                |               |                         |
|     |             |                   |       |                |               |                         |
|     |             |                   |       |                |               |                         |
|     |             |                   |       |                |               |                         |
|     |             |                   |       |                |               |                         |
|     |             |                   |       |                |               |                         |