**Nr wniosku: [CPR.VII.4022]-2024/…/…/RSPO/WNIOSEK/…..**

# WNIOSEK

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

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**  **(przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego)** | |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| Imię: |  |
| Drugie imię: |  |
| Nazwisko: |  |
| PESEL: |  |
| Data urodzenia: |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** | |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| Miejscowość: |  |
| Ulica, nr domu/ lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Poczta: |  |
| Rodzaj miejscowości: | * miasto * wieś |
| Nr telefonu: |  |
| Adres e-mail: |  |
| **ADRES KORESPONDENCYJNY** | |
| * Taki sam jak adres zamieszkania | |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| Miejscowość: |  |
| Ulica, nr domu/ lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Poczta: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)** | |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| Imię: |  |
| Drugie imię: |  |
| Nazwisko: |  |
| PESEL: |  |
| Data urodzenia: |  |
| **DANE ADRESOWE** | |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| Miejscowość: |  |
| Ulica, nr domu/lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Poczta: |  |
| Nr telefonu: |  |
| Adres e-mail: |  |
| **OPIEKUN USTANOWIONY** | |
| * Przedstawicielem ustawowym * Opiekunem prawnym | |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Postanowieniem Sądu Rejonowego:** |  |
| **Z dnia:** |  |
| **Sygnatura akt:** |  |
| * Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza: | |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **Z dnia:** |  |
| **Repetytorium nr:** |  |
| **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | |
| **Nazwa pola** | **Do uzupełnienia** |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie  o niepełnosprawności** | * Tak * Nie |
| **Stopień niepełnosprawności:** | * Znaczny * Umiarkowany * Lekki * Nie dotyczy |
| **Grupa inwalidzka:** | * I grupa * II grupa * III grupa * nie dotyczy |
| **Niezdolność:** | * Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej  egzystencji * Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny * Osoby całkowicie niezdolne do pracy * Osoby częściowo niezdolne do pracy * Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym * Nie dotyczy |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | * bezterminowo * okresowo do dnia ............................ |
| **Rodzaj niepełnosprawności:** | * 01-U – upośledzenie umysłowe * 02-P – choroby psychiczne * 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu   + osoba głucha   + osoba głuchoniema * 04-O – narząd wzroku   + osoba niewidoma   + osoba głuchoniewidoma * 05-R – narząd ruchu   + wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego   + dysfunkcja obu kończyn górnych * 06-E – epilepsja * 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia * 08-T – choroby układu pokarmowego * 09-M – choroby układu moczowo-płciowego * 10-N – choroby neurologiczne * 11-I – inne   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 dotyczącym niepełnosprawności:** | * Tak * Nie |
| **Liczba przyczyn niepełnosprawności**  **(jeżeli dotyczy)** | * 2 przyczyny * 3 przyczyny |

|  |
| --- |
| **ŚREDNI DOCHÓD** |
| Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:   * Indywidualnie * Wspólnie   Oświadczam, że przeciętny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielonych przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosi: ………………..zł  Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: ………………… .  Czy osoba przebywa w DPS:  Tak Nie |

**Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KOSZT REALIZACJI** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wnioskowana kwota dofinansowania nie może przekraczać całkowitego kosztu zakupu pomniejszonego o dofinansowanie NFZ. Przykład : jeżeli aparat słuchowy kosztuje 4000 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 wniosku:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Numer zlecenia:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Całkowity koszt zakupu:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dofinansowanie NFZ:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Udział własny wnioskodawcy:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Przedmiot 2** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa pola** | | | | | | | | | | | **Do uzupełnienia** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Przedmiot wniosku:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Numer zlecenia:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Całkowity koszt zakupu:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dofinansowanie NFZ:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Udział własny wnioskodawcy:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Przedmiot 3** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa pola** | | | | | | | | | | | **Do uzupełnienia** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Przedmiot wniosku:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Numer zlecenia:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Całkowity koszt zakupu:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dofinansowanie NFZ:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Udział własny wnioskodawcy:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **RAZEM KWOTA WNIOSKOWANA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa pola** | | | | | | | | | | | **Do uzupełnienia** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Całkowity koszt zakupu:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dofinansowanie NFZ:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Udział własny wnioskodawcy:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Przelew na konto Wnioskodawcy/ osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Właściciel konta**  **(imię i nazwisko):** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwa Banku:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nr rachunku bankowego:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * Przekazem pocztowym | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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, ze zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej, sporządzonej z godnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), zamieszczonej na stronie internetowej: [www.pcpr.powiat-zielonogorski.pl](http://www.pcpr.powiat-zielonogorski.pl).  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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Miejscowość* | | | | | | | | | | | | *Data* | | | | | | | | | | | | *Podpis Wnioskodawcy* | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU** |
| Lista |
| 1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, a w przypadku dzieci do lat 16 kopia orzeczenia o niepełnosprawności.  2. Oryginał faktury określający cenę brutto nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego pacjenta lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzoną za zgodność z oryginałem , przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, albo kopia zlecenia potwierdzonego przez NFZ na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne  i środki pomocnicze wraz z ofertą określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz terminem realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji.  3. Postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (w przypadku osób ubezwłasnowolnionych) lub pełnomocnictwo notarialne (w przypadku pełnomocnictwa). |
|  |