

**WNIOSEK**

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

**1. Dane dotyczące wnioskodawcy**

.....  
imię ..... drugie imię ..... nazwisko .....

PESEL ..... data urodzenia .....

adres zamieszkania .....

..... nr telefonu .....

adres korespondencyjny .....

adres e-mail .....

ustanowiony opiekunem / pełnomocnikiem \* .....

postanowienie Sądu Rejonowego w ..... z dnia ..... sygn. akt. .... / na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza ..... z dnia ..... repertorium nr .....

**2. Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym łącznie z osobą niepełnosprawną.....**

**3. 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 (słownie zł: .....**  
.....).

**4. Przedmiot dofinansowania – rodzaj i opis przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego którego dotyczy wnioskowane dofinansowanie. ....**  
( podać pełną nazwę )

**5. Czy osoba niepełnosprawna przebywa w DPS:**  TAK  NIE  Brak informacji

**6. Koszt przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego (wyszczególnione w punkcie 4):**

a) koszt całkowity ..... zł,

b) kwota limitu ustalona przez ministra właściwego do spraw zdrowia ..... zł,

c) kwota opłacana przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego..... zł, .....% w stosunku do limitu,

d) udział własny Wnioskodawcy ..... zł, ..... % w stosunku do limitu NFZ

e) dopłata do zakupu ponad standardowego ..... zł,

f) wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON ..... zł, ..... %.

**7. W przypadku posiadania orzeczenia:**

03-L zaznaczyć:  osoba głucha  osoba głuchoniema  nie dotyczy,

04-O zaznaczyć:  osoba niewidoma  głuchoniewidoma  nie dotyczy,

05-R zaznaczyć:  osoba wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego  dysfunkcja obu kończyn górnych  nie dotyczy,

## 8. Dane dotyczące podopiecznego

.....  
imię ..... drugie imię ..... nazwisko .....

PESEL ..... data urodzenia .....

adres zamieszkania .....

..... nr telefonu .....

adres korespondencyjny .....

adres e-mail .....

### Załączniki:

- kserokopia aktualnego orzeczenia o grupie inwalidzkiej, stopniu niepełnosprawności lub wypis z treści orzeczenia, a w przypadku dzieci i młodzieży niepełnosprawnej przed ukończeniem 16-go roku życia orzeczenie o niepełnosprawności,
- faktura określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, albo
- kserokopia zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji,
- klauzula o przetwarzanych danych osobowych w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Piotrkowie Trybunalskim,
- oświadczenie o posiadaniu lub nie posiadaniu zaległości wobec PFRON (*druk CRSON*),
- dowód osobisty osoby niepełnosprawnej do wglądu (*w przypadku osoby niepełnoletniej dowód osobisty opiekuna prawnego*).
- oryginał (do wglądu) dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym - w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny,
- informacja dotycząca rozpatrzenia wniosku (*druk MOPR*).

### Przyznane środki proszę przekazać\*:

- na konto wnioskodawcy / osoby upoważnionej: .....  
(imię i nazwisko właściciela konta)

.....  
(nazwa banku, nr r-ku bankowego)

- przelewem na konto wykonawcy / sprzedawcy przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego.

### Oświadczenie:

- 1) 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 PFRON kwotą dofinansowania,
- 2) uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 i §2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku - Kodeks Karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

Piotrków Trybunalski dnia .....2024r.

.....  
(czytelny podpis osoby niepełnosprawnej / przedstawiciela ustawowego opiekuna prawnego / pełnomocnika \*)

\* niepotrzebne skreślić