



.....
data wpływu wniosku (dzień, miesiąc, rok)

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

część A . DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY
(proszę wypełniać drukowanymi literami)

Imię i nazwisko:Nr PESEL:.....

Data urodzenia: Płeć: mężczyzna, kobieta*

Adres zamieszkania:

gmina miejscowość

ulica nr domunr lokalu.....

kod pocztowy poczta

Rodzaj miejscowości: miasto / wieś *

nr tel./ (z nr kier.)

adres e-mail:

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY (DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY), OPIEKUN
PRAWNY LUB PEŁNOMOCNIK

Imię i nazwisko:Nr PESEL:.....

Data urodzenia: Płeć: mężczyzna, kobieta*

Adres zamieszkania:

gmina miejscowość

ulica nr domunr lokalu.....

kod pocztowy poczta

Rodzaj miejscowości: miasto / wieś *

nr tel./ (z nr kier.)

adres e-mail:

ustanowiony opiekunem* / pełnomocnikiem*

.....
postanowieniem Sądu rejonowego z dnia sygn akt

na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

z dn..... repet nr

na mocy pełnomocnictwa niepotwierdzonego notarialnie – z dnia

* właściwe podkreślić

Stopień niepełnosprawności - proszę zaznaczyć 1 właściwą rubrykę wstawiając X

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny | |
| <ul style="list-style-type: none"> znaczny | |
| <ul style="list-style-type: none"> inwalidzi I grupy | |
| <ul style="list-style-type: none"> osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji. | |
| <ul style="list-style-type: none"> osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny (orzeczenie wydane przed 01.01.1998) | |
| <ul style="list-style-type: none"> umiarkowany | |
| <ul style="list-style-type: none"> inwalidzi II grupy, | |
| <ul style="list-style-type: none"> osoby całkowicie niezdolne do pracy | |
| <ul style="list-style-type: none"> lekki | |
| <ul style="list-style-type: none"> inwalidzi III grupy | |
| <ul style="list-style-type: none"> osoby częściowo niezdolne do pracy, | |
| <ul style="list-style-type: none"> osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym (orzeczenie wydane przed 01.01.1998r.) | |

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe – wstawić X we właściwej rubryce

| | |
|--------------------------|--|
| 1. samotnie | |
| 2. z rodziną / wspólnie* | |

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O DOCHODACH ZA KWARTAŁ POPRZEDZAJĄCY MIESIĄC ZŁOŻENIA WNIOSKU

Oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

| Lp. | NAZWISKO | IMIĘ | STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA | ŹRÓDŁO DOCHODU | PRZECIĘTNY MIESIĘCZNY DOCHÓD NETTO W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH |
|--------|--------------|------|-----------------------|----------------|--|
| 1. | WNIOSKODAWCA | | _____ | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| RAZEM: | | | | | |

Posiadam gospodarstwo rolne o powierzchni ha/przeliczeniowe. Dochód roczny z gospodarstwa wyniósłzł. Dochód miesięczny z gospodarstwa rolnego.....zł

Oświadczam, że średni miesięczny dochód netto przypadający na jedna osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósłzłgr.

Powyższy dochód jest / nie jest* obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.

Jestem mieszkańcem Domu Pomocy Społecznej* TAK NIE

Przebywam w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym* TAK NIE

* właściwe podkreślić

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

Wnioskowana kwota dofinansowania nie może przekraczać całkowitego kosztu zakupu pomniejszonego o dofinansowanie NFZ. Dofinansowanie NFZ musi być większe od 0.

Przedmiot 1

| | |
|---|--|
| Przedmiot wniosku (nazwa) | |
| Numer zlecenia | |
| Numer rachunku / faktury | |
| Całkowity koszt zakupu (kwota) | |
| Dofinansowanie NFZ (kwota) | |
| Udział własny wnioskodawcy (kwota) | |
| Wnioskowana kwota dofinansowania | |

Przedmiot 2

| | |
|---|--|
| Przedmiot wniosku (nazwa) | |
| Numer zlecenia | |
| Numer rachunku / faktury | |
| Całkowity koszt zakupu | |
| Dofinansowanie NFZ | |
| Udział własny wnioskodawcy (kwota) | |
| Wnioskowana kwota dofinansowania | |

Przedmiot 3

| | |
|---|--|
| Przedmiot wniosku (nazwa) | |
| Numer zlecenia | |
| Numer rachunku / faktury | |
| Całkowity koszt zakupu | |
| Dofinansowanie NFZ | |
| Udział własny wnioskodawcy (kwota) | |
| Wnioskowana kwota dofinansowania | |

Razem kwota wnioskowana

| | |
|---|--|
| Całkowity koszt zakupu | |
| Dofinansowanie NFZ | |
| Udział własny wnioskodawcy (kwota) | |
| Wnioskowana kwota dofinansowania | |

