

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

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do
przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych

Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

.....syn/córka*.....
imię (imiona) i nazwisko *imię ojca*

seria nr wydany w dniu przez

.....
dowód osobisty
nr PESEL nr NIP

.....
miejsowość ulica....., nr domu..... nr lokalu.....
adres stałego zameldowania

nr kodu - poczta powiat

województwo nr tel. /fax (z nr kier.)

nazwa banku.....nr konta.....

Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik

1. znaczny	
- inwalidzki I grupy	
- osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
- osoby całkowicie niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
- osoby w wieku do lat 16	
2. Umiarkowany	
- inwalidzki II grupy	
- osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3. Lekki	
- pozostali inwalidzi III grupy	
- osoby częściowo niezdolne do pracy	
- osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

Korzystanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Korzystałem(am) z dofinansowania:

- | | | |
|--|------------|------------|
| 1.do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON | tak | nie |
| 2.do zakupu sprzętu rehabilitacyjnego | tak | nie |
| 3.do likwidacji barier w komunikowaniu się | tak | nie |
| 4.do likwidacji barier technicznych | tak | nie |
| 5.do likwidacji barier architektonicznych | tak | nie |
| 6.do przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych | tak | nie |
| Jestem zatrudniony/a w zakładzie pracy chronionej | tak | nie |

Proszę o dofinansowanie przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych

L.p.	Rodzaj	Ilość	Cena	Wysokość udziału własnego	Nr faktury z dnia

Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym

	Nazwisko i Imię	Stopień pokrewieństwa	Dochód (netto)
1			
2			
3			
4			
5			

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Oświadczam, że dochód miesięczny/ obliczony zgodnie z wyjaśnieniem/, przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wniosku wynosił.....

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

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną własnoręcznym podpisem.

.....
miejsowość i data

.....
**podpis wnioskodawcy
lub przedstawiciela ustawowego**

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Rodzic, Opiekun prawny lub Pełnomocnika

..... syn/córka*
imię (imiona) i nazwisko imię ojca

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

..... nr PESEL nr NIP

miejsowość ulica nr domu nr lokalu
adres stałego zameldowania

nr kodu- poczta powiat
województwo nr tel. Faxu (z nr kier.)

ustanowiony Opiekun*/Pełnomocnikiem*

postanowieniem Sadu Rejonowego z dnia sygn. Akt
na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

z dnia repet. Nr

.....
podpis przedstawiciela ustawowego

Wyrażam zgodę , w związku z art. 23 ust.1 i ust. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883) na wykorzystywanie danych w związku z niniejszym wnioskiem.
O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

.....
**podpis Wnioskodawcy
lub przedstawiciela ustawowego**

Załączniki:

- 1.aktualne orzeczenie o niepełnosprawności
- 2.kosztorys lub oryginał faktury zakupu przedmiotów ortopedycznych lub/i środków pomocniczych wraz z potwierdzoną za zgodność przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopię zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

