

Data wpływu wniosku

(wypełnia PCPR)

**WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE LUB/I ŚRODKI POMOCNICZE**

DANE WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Data urodzenia PESEL

Numer telefonu

POSIADANE ORZECZENIE (właściwie zaznaczyć)

a) o stopniu niepełnosprawności znacznym umiarkowanym lekkim

b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów I II III

c) o całkowitej o częściowej niezdolności do pracy

o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym o niezdolności do samodzielnej egzystencji

d) o niepełnosprawności osoby do 16-go roku życia

PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA
(proszę podać nazwę przedmiotu ortopedycznego i/lub środka pomocniczego)

PRYZNANE ŚRODKI FINANSOWE PROSZE O PRZEKAZANIE: (właściwie zaznaczyć)

przelewem na konto:

przekazem pocztowym

OŚWIADCZENIA

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

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą.

.....
Data

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby
uprawnionej

Wymagane załączniki		WYPEŁNIA PCPR		
		Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Data uzupełnienia/uwagi
1.	Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub innego orzeczenia równoważnego (oryginał do wglądu), dowód osobisty osoby niepełnosprawnej do wglądu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Kopia zrealizowanego zlecenia z przyznanym limitem Narodowego Funduszu Zdrowia – potwierdzona za zgodność z oryginałem, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie wraz z fakturą vat lub innym dokumentem potwierdzającym zakup, określającymi cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego, albo kopia 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	W przypadku reprezentowania osoby niepełnoletniej – dowód osobisty przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego do wglądu oraz kopia dokumentu potwierdzającego prawo do reprezentowania osoby niepełnoletniej (np. skrócony akt urodzenia dziecka, postanowienie Sądu o ustanowieniu opieki prawnej).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	W przypadku reprezentowania osoby dorosłej – dowód osobisty opiekuna lub pełnomocnika do wglądu oraz kserokopia postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego lub kserokopia pełnomocnictwa notarialnego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	