

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....
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

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	

