

Nr wniosku .....

data wpływu .....

## WNIOSEK

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

\*\*\*\*\*

#### A. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (wypełnić drukowanymi literami)

NAZWISKO I IMIĘ ..... IMIĘ OJCA .....

SERIA ..... NR ..... wydany w dniu ..... przez .....  
(dowód osobisty)

PESEL ..... NIP .....

KOD .....-..... OLSZTYN, .....  
(ulica, nr domu, nr mieszkania)

TELEFON/FAX (z nr kier.) .....

\*\*\*\*\*

Proszę o dofinansowanie .....

.....  
*nazwa przedmiotu ortopedycznego, środka pomocniczego\**

całkowity koszt ..... zł, słownie .....

w tym kwota dofinansowania z NFZ .....

#### **INFORMACJE O WNIOSKODAWCY**

##### **I. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (GRUPA)**

1.	znaczny: inwalidzi I grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji, osoby w wieku do 16 lat pobierające zasiłek pielęgnacyjny	
2.	umiarkowany: inwalidzi II grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3.	lekki: inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy	

## **OŚWIADCZENIE**

Niniejszym 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.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

Olsztyn dnia: .....

.....  
(podpis wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*,  
opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\*)

**Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1, 2, i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. - Kodeks Karny (Dz. U. z 2018r. poz. 1600) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

Olsztyn dnia: .....

.....  
(podpis wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*,  
opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\*)

### **Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik**

....., .....

(nazwisko i imiona)

(imię ojca)

seria ..... nr ..... dowodu osobistego wydanego w dniu..... przez .....

#### **ADRES**

nr kodu ..... - ..... poczta ..... województwo/powiat .....

..... miejscowość .....

ulica ..... nr domu ..... nr mieszkania .....

ustanowiony opiekunem\* / pełnomocnikiem\* .....

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. .... sygn. akt\*, na mocy pełnomocnictwa\*  
potwierdzonego przez notariusza ..... z dn. .... repert. nr .....) )

\* *niepotrzebne skreślić*

#### **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

- kopia orzeczenia, o którym mowa w art.1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych
- kopia wniosku z Narodowego Funduszu Zdrowia
- faktura VAT, w przypadku płatności gotówką lub kartą płatniczą, **ALBO** faktura Proforma
- dokumenty potwierdzające dochód wnioskodawcy i osób pozostających z wnioskodawcą we wspólnym gospodarstwie domowym.
- kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego, w przypadku jego pobierania
- kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeśli takie występują
- kopia odpisu wyroku sądowego o ustanowieniu opiekuna lub kuratora, kopia odpisu o ustanowieniu rodziny zastępczej, jeśli takie występują