

Nr sprawy.....

.....
Data przyjęcia (wypełnia MOPR)

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
ZAOPATRZENIA W PRZEMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE**

I. Dane osoby niepełnosprawnej /dziecka niepełnosprawnego *

Imię i nazwisko :		
Seria i nr dowodu osobistego:		PESEL:
Stały adres zamieszkania :		
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Ulica , nr domu, nr lokalu :
Data urodzenia:		Telefon:
Orzeczony stopień niepełnosprawności:		

II. Dane przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego *

Imię i nazwisko :		
Seria i nr dowodu osobistego:		PESEL:
Stały adres zamieszkania :		
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Ulica , nr domu, nr lokalu :
Data urodzenia:		Telefon:

III. Przedmiot wniosku - dofinansowanie

.....
(należy podać nazwę przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego)

IV. Kwotę dofinansowania proszę przekazać na konto.....

.....

* niepotrzebne skreślić

V. Przeciętny miesięczny dochód na osobę w rodzinie, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosi zł.

.....
Data

.....
*Podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego**

Załączniki do wniosku :

1. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, w przypadku dzieci do lat 16 - orzeczenie o niepełnosprawności.
2. Oświadczenie o dochodach.
3. Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym - dotyczy opiekunów prawnych.
4. Faktura za zakup przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego (ewent. z odroczonym terminem płatności nie krótszym niż 14 dni od daty wystawienia) wystawiona na osobę niepełnosprawną, wyszczególniająca kwotę opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotę udziału własnego, wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
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.

* niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O DOCHODZIE

do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne
i środki pomocnicze

Ja
imię i nazwisko

urodzona /y seria nr
data urodzenia dowód osobisty

zamieszkała / y
miejsowość, ulica, nr domu, nr lokalu

Świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań,
oświadczam, że:

1. Rodzina moja składa się z osób.
2. Przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych,
obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosi :

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Przeciętny miesięczny dochód obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
Dane dotyczące Wnioskodawcy:		
	-	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa:		
Razem		

3. Przeciętny miesięczny dochód podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie
domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi
..... zł.

Dane powyższe podaję zgodnie ze stanem faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.
W przypadku stwierdzenia niezgodności informacji ze stanem faktycznym zobowiązuję się zwrócić
przyznane dofinansowanie.

.....
Data

.....
Podpis oświadczającego