

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	

*niepotrzebne skreślić

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, wynosiłzł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Olsztyn dnia:

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

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2, i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. - Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553) 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*)

Oświadczenie wnioskodawcy dotyczące zgody na przetwarzanie danych osobowych

Oświadczam że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych - Miejski Zespół ds. Rehabilitacji Zawodowej i Społecznej Osób Niepełnosprawnych w Olsztynie, ul. Prosta 23A, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2014r. poz. 1182).

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*
potwierzonego 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