**RS-614-** .............../…...

# WNIOSEK

# o dofinansowanie do zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

### Część A. WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

.............................................................................................miejscowość........................................................

*(imię i nazwisko, w przypadku niepełnosprawnego dziecka należy podać jego dane )*

ul. .................................................................... nr domu................................. nr lokalu ...............................

kod .......... - ............... poczta ................................................. gmina ...........................................................

PESEL ** telefon ...........................................................

Proszę o dofinansowanie zakupu *(czego?)* .....................................................................................................

*(podać nazwę)*

* **Posiadane orzeczenie:**

1). o stopniu niepełnosprawności Znacznym Umiarkowanym Lekkim

2). o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów I II III

3). o całkowitej/ częściowej niezdolności do pracy/ niezdolności do samodzielnej egzystencji/ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym/

4). o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

* **OŚWIADCZENIE**

oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych**1**, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym**, obliczony za kwartał

poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił ................................... złotych.

* Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym ....................

## Proszę o przekazanie dofinansowania:

## 1) na rachunek bankowy2: imię i nazwisko: ………………………………………………………...……..

adres właściciela rachunku: …………………………………………………………………………………

numer rachunku:

      

2) za zaliczeniem pocztowym na dane wnioskodawcy.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1.** Ustawa z dnia 28.11.2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz.U.2018.2220 t. j.)

**2. W przypadku podania innych danych niż Wnioskodawcy wymagana jest zgoda właściciela rachunku bankowego na przetwarzanie danych osobowych wraz z potwierdzeniem otrzymania informacji o przetwarzaniu danych osobowych**

Ja niżej podpisany/a pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art.233 par.1 kodeksu karnego\* za składanie fałszywych zeznań, składam stosownie do art. 75 par. 2 kpa oświadczenie, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

\*Art.233 par.1 kk – Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

*W przypadku złożenia fałszywych zeznań kwota dofinansowania ze środków PFRON ww zadania podlega zwrotowi*.

*Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.*

*Oświadczam, że o dofinansowanie ze środków PFRON ubiegam się tylko w Powiecie Krakowskim.*

***Oświadczam, że o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR   
w Krakowie w ciągu 14 dni.***

........................................ ..................................................................

**data**  (**czytelny podpis Wnioskodawcy,**

**przedstawiciela ustawowego,**

**opiekuna prawnego, pełnomocnika)**

***Załączniki do wniosku:***

* 1. Kopia posiadanego orzeczenia lub wypisu z treści orzeczenia:

o stopniu niepełnosprawności lub o zaliczeniu do jednej z trzech grup inwalidów lub o całkowitej/ częściowej niezdolności do pracy/ niezdolności do samodzielnej egzystencji, o niezdolności do pracy   
w gospodarstwie rolnym (wydane przed dniem 1 stycznia 1998r.) lub niepełnosprawności przed ukończeniem 16 roku życia – **oryginał do wglądu;**

**2.** Oryginał faktury VAT opłaconej gotówką lub z odroczonym terminem płatności, z informacją o kwocie opłaconej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego wraz z potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze **ALBO** kopię zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wraz z ofertą określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą udziału własnego oraz terminem realizacji zlecenia

**3.** Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego - **oryginał do wglądu**

**4.** Zgoda na przetwarzanie danych osobowych wraz z potwierdzeniem otrzymania informacji o przetwarzaniu danych osobowych – Załącznik nr 1 do wniosku.

### Część B. WYPEŁNIA PCPR

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego** | **Całkowita cena zakupu** | **Refundacja NFZ** | | **Dofinansowanie do limitu NFZ** | **Całkowite dofinansowanie** |
| **Limit cenowy** | **%** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |