Nr sprawy .....................................

Data przyjęcia ...............................

**WNIOSEK O PRZYZNANIE ZE ŚRODKÓW PFRON DOFINANSOWANIA DO ZAKUPU PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH**

1. **Dane osoby niepełnosprawnej (Wnioskodawcy):**
2. Imię i nazwisko ......................................................................................................
3. Adres zamieszkania ................................................................................................
4. PESEL ........................................... data urodzenia ................................................
5. NIP ................................................. Pobieranie zasiłku pielęgnacyjnego .............
6. Posiadane orzeczenie ..............................................................................................
7. **Oświadczenie o dochodach:**
8. Liczba osób zamieszkujących we wspólnym gospodarstwie domowym ...........
9. Średni miesięczny dochód wszystkich osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (pomniejszony o: zaliczkę na podatek dochodowy, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i chorobowych oraz kwotę alimentów) wynosi ................................................. zł.
10. Oświadczam, iż średni miesięczny dochód obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym wniosek jest składany, przypadający na 1 osobę we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ..................................... zł.
11. **Informacja o zakupywanym przedmiocie ortopedycznym lub środku pomocniczym:**
12. Nazwa przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego
.................................................................................................................................
13. Całkowity koszt zakupu szt. lub kpl. ...................................... zł.
14. Wysokość dofinansowania NFZ .............................................. zł.
15. Wnioskowana kwota dofinansowania ...................................... zł.
16. Zakup jest jednorazowy – wielokrotny.
17. **Dane rodzica lub opiekuna osoby niepełnosprawnej:**
18. Imię i nazwisko ......................................................................................................
19. Adres ......................................................................................................................
20. Seria i numer dowodu osobistego ..........................................................................
21. Numer telefonu .......................................................................................................

Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań, wynikającej z art. 233 § 1 KK „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę – podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r.
o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz. 1271).

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Brzesko dnia ......................................... ........................................................

 podpis wnioskodawcy

**Załączniki do wniosku:**

* 1. Kopia aktualnego orzeczenia o grupie inwalidzkiej, stopniu niepełnosprawności lub w przypadku dzieci do 16 roku orzeczenie o niepełnosprawności.
	2. Faktura zawierająca informację o całkowitej wartości przedmiotu, kwotę opłaconą przez NFZ oraz kwota opłacona przez wnioskodawcę.
	3. Kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze – potwierdzona za godność przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie.