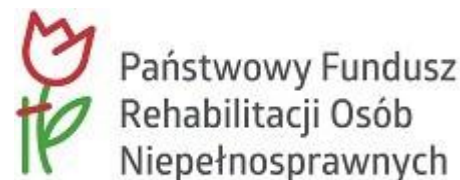


Data wpływu:

Nr wniosku:



## WNIOSEK

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

#### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

##### I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

| Nazwa pola      | Wartość |
|-----------------|---------|
| Imię:           |         |
| Drugie imię:    |         |
| Nazwisko:       |         |
| PESEL:          |         |
| Data urodzenia: |         |

##### ADRES ZAMIESZKANIA

| Nazwa pola           | Wartość  |
|----------------------|--|
| Ulica:               |  |
| Nr domu:             |  |
| Nr lokalu:           |  |
| Miejscowość:         |  |
| Kod pocztowy:        |  |
| Poczta:              |  |
| Rodzaj miejscowości: | <input type="checkbox"/> miasto<br><input type="checkbox"/> wieś |
| Nr telefonu:         |  |
| Adres e-mail:        |  |

##### II. DANE PODOPIECZNEGO

 Nie dotyczy

| Nazwa pola      | Wartość |
|-----------------|---------|
| Imię:           |         |
| Drugie imię:    |         |
| Nazwisko:       |         |
| PESEL:          |         |
| Data urodzenia: |         |

**DANE ADRESOWE**

| Nazwa pola    | Wartość |
|---------------|---------|
| Ulica:        |         |
| Nr domu:      |         |
| Nr lokalu:    |         |
| Miejscowość:  |         |
| Kod pocztowy: |         |
| Poczta:       |         |
| Nr telefonu:  |         |
| Adres e-mail: |         |

**OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA**

Przedstawicielem ustawowym:

Opiekunem prawnym:

| Nazwa pola                      | Wartość |
|---------------------------------|---------|
| Postanowieniem Sądu Rejonowego: |         |
| Z dnia:                         |         |
| Sygnatura akt:                  |         |

Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

| Nazwa pola       | Wartość |
|------------------|---------|
| Imię i nazwisko: |         |
| Z dnia:          |         |
| Repetytorium nr: |         |

**III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

| Nazwa pola  | Wartość   |
|---|---|
| <b>Stopień niepełnosprawności:</b>  | <input type="checkbox"/> Znaczny<br><input type="checkbox"/> Umiarkowany<br><input type="checkbox"/> Lekki<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy  |
| <b>Grupa inwalidzka:</b>  | <input type="checkbox"/> I grupa<br><input type="checkbox"/> II grupa<br><input type="checkbox"/> III grupa<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy   |
| <b>Niezdolność:</b>   | <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji<br><input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny<br><input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy<br><input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy |
| <b>Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:</b> | <input type="checkbox"/> Tak<br><input type="checkbox"/> Nie dotyczy  |

**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

- Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- Inna dysfunkcja narządu ruchu
- Dysfunkcja narządu wzroku
- Dysfunkcja narządu słuchu i mowy
- Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
- Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
- Inny / jaki?

**Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU****I. KOSZTY REALIZACJI**

| Nazwa pola                               | Wartość |
|--|---------|
| <b>Przedmiot wniosku:</b>                |         |
| <b>Całkowity koszt zakupu:</b>           |         |
| <b>Dofinansowanie NFZ:</b>               |         |
| <b>Wnioskowana kwota dofinansowania:</b> |         |

**II. FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH**

- Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:



**LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE****Lista**

1.