

**WNIOSEK nr ...../...../.....**

o dofinansowanie lub refundację zakupu ze środków PFRON, przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych i leczniczych środków technicznych.

**CZĘŚĆ A Dane osoby niepełnosprawnej – wypełnia Wnioskodawca**

**Na zakup (nazwa przedmiotu):** .....

1. Nazwisko i imię: .....
2. Adres zamieszkania: 85-..... Bydgoszcz, ul. ....
3. PESEL\*:
4. NIP\*: .....
5. Telefon kontaktowy: .....
6. Stopień niepełnosprawności: .....
7. Nr konta bankowego Wnioskodawcy/Opiekuna prawnego, na które należy przekazać środki w przypadku refundacji zakupionych przedmiotów ortopedycznych: .....
8. Oświadczam, że zostałem poinformowany o zarejestrowaniu wniosku, pod nr ...../...
9. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 133 poz. 883 z późn. zm.)
10. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Bydgoszcz, dnia.....201...r. ....

(podpis Wnioskodawcy/Opiekuna prawnego)

**11. Załączniki do wniosku:**

- |  |   |
|--|---|
| a) dowód osobisty - do wglądu  | 0 |
| b) orzeczenie o stopniu niepełnosprawności – <b>kopia (oryginał do wglądu)</b> | 0 |
| c) faktura(y) VAT – wystawiona(e) na wnioskodawcę lub opiekuna                 | 0 |
| d) oświadczenie o dochodach (wg wzoru)   | 0 |
| e) zlecenie lekarza potwierdzone przez NFZ                                     | 0 |

XX

**Część B wypełnia MOPS      podpis przyjmującego wniosek:.....**

1. Nazwa przedmiotu: .....
  2. Wartość : ..... zł ..... zł ..... zł
  3. Pozycja z Rozporządzenia Ministra Zdrowia: .....
  4. Limit z Rozporządzenia Ministra Zdrowia: .....
  5. Udział własny: .....% .....% .....%
  6. Udział środków PFRON w złotych: ..... + ..... + ..... = ..... zł
- RAZEM/
7. Data rozpatrzenia ..... r.      7A. Data zapłaty .....r.
  8. Adresat środków .....

.....  
/sporządziła/

.....  
/sprawdził (a)/

\*w przypadku ich nadania

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że:

- ∧ złożony przeze mnie wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zostanie rozpatrzony po określeniu przez Radę Miasta Bydgoszczy limitu środków finansowych przypadających w danym roku kalendarzowym na realizację zadań z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej,
- ∧ rozpatrzenie wniosków następuje na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz.776, z późn. zm.), rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (Dz. U. Nr 96, poz. 861 z późn. zm.).
- ∧ wypłata pomocy nastąpi na podstawie dostarczonych do MOPS w Bydgoszczy do MOPS w Bydgoszczy faktury określającej cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego, lub innego dokumentu potwierdzającego zakup, wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie, kopią zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze albo kopii 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. (może być faktura proforma)

.....  
data

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy/opiekuna prawnego)

## OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO występującego w imieniu osoby niepełnosprawnej

Ja niżej podpisany (a) .....

PESEL: ..... NIP .....

zamieszkały (a) w : ....., ulica.....  
(Kod pocztowy - miejscowość)

Nr domu....., nr mieszkania .....

**oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym/opiekunem prawnym/pełnomocnikiem\*** .....

(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

- Postanowieniem sądu\* z dnia ..... Sygn akt.....

- Na mocy pełnomocnictwa\* potwierdzonego przez Notariusza .....  
z dnia ..... rep. Nr .....

Bydgoszcz, dnia ..... r

.....  
(podpis opiekuna prawnego)

\*nie potrzebne skreślić