# F:\logo PCPR.JPGData wpływu ………………………… **NR sprawy PON.612.1.** …………… **.20**….. **.**

# **WNIOSEK O REFUNDACJĘ ZE ŚRODKÓW PFRON ZAKUPU PRZEZ**

**OSOBĘ NIEPEŁNOSPRAWNĄ PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH
I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH**

1. Dane osoby ubiegającej się o refundację zakupu przedmiotu ortopedycznego, środków pomocniczych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko…..................................................... | P E S E L…..................................................... | ADRES ZAMIESZKANIA….....................................................ulica / osiedle / nr domu |
| Data urodzenia | **Stopień niepełnosprawności / grupa inwalidzka** | ….....................................................KOD POCZTOWY i MIEJSCOWOŚĆ**Telefon**  |

1. Oświadczenie o uzyskiwanych dochodach i liczbie osób prowadzących wspólne gospodarstwa domowe.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | IMIĘ | NAZWISKO | WIEK | STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA | Przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku |
| **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY** |
| 1. |  |  |  | **XXXXXXXXXXXX** |  |
| **POZOSTALI CZŁONKOWIE WSPÓLNEGO GOSPODARSTWA DOMOWEGO** |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **RAZEM:** |  |

1. Przedmiot dofinansowania ……………………………………………………….

Kwotę refundacji za zakup ……………………………………………………… proszę przekazać na wskazany przeze mnie wariant:

* przekaz pocztowy **□** TAK
* na konto bankowe - Nr

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* Imię i nazwisko właściciela konta …………………………………………………………………...

**Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej
za składanie nieprawdziwych danych.**

Dnia ........................................... **---------------------------------------------------**

CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY

**! ! Wymagane załączniki:**

1. Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności dziecka lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.
2. Uwierzytelnione pełnomocnictwo lub kserokopia postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego\*
3. Oryginalną fakturę określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego osoby niepełnosprawnej lub inny dokument potwierdzający zakup, wraz z potwierdzoną za zgodność, przez świadczeniodawcę realizowanego zlecenia, kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne
i pomocnicze, albo kopia 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 terminem zlecenia od momentu przyjęcia do realizacji.
4. Zaświadczenie o dochodach.

Refundacji podlegają następujące faktury: **(*wypełnia PCPR)***

- ………………………………………………………..

- ……………………………………………………….. *Przeciętne wynagrodzenie ………………………………..*

- ……………………………………………………….. *za kwartał ………… roku ……………*

- ……………………………………………………….. *kwota ……………………….*

- ………………………………………………………..

- ………………………………………………………..

- ………………………………………………………... Wyliczenie podstawy do wypłaty

 ……………………………………………………………………

Sposób wyliczenia dofinansowania:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Koszt całkowity zakupu  |  |
| 2. | Limit z NFZ |  |
| 3. | Kwota refundacji z NFZ |  |
| 4. | Udział własny |  |
| 5. | Kwota dofinansowania wg § 13 ust. 2 pkt. 2 lit. b rozp. MPiPS z dnia 25.06.2002 ze zm. i obowiązującym zarządzeniem Dyrektora PCPR |  |
|  |
|  |
| 6. | Przyznana kwota dofinansowania na podstawie faktur wynosi: | **……………………………………………………….** |

 …………………………………………….

 Pieczątka i podpis Dyrektora PCPR

* + - W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie lub częściowo.