

Nr sprawy: .....

---

**WNIOSEK**  
**O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON DO ZAOPATRZENIA W SPRZĘT**  
**ORTOPEDYCZNY I ŚRODKI POMOCNICZE**

---

**Wnioskodawca:** (WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

---

Imię i nazwisko ..... nr telefonu .....

Adres zamieszkania, kod ..... - ..... Poczta .....,

miejsowość / ul.....

PESEL..... seria dowodu osobistego.....

---

**W przypadku dziecka lub osoby ubezwłasnowolnionej**

---

Imię i nazwisko dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej .....

PESEL.....

---

**Posiadane orzeczenie\*\*:**

---

- znaczny, I grupa                       umiarkowany, II grupa                       lekki, III grupa  
 o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

---

**Orzeczony stopień ma charakter:**                       trwały                       okresowy na okres do .....

---

---

**Cel dofinansowania:**

---

- |         |                  |
|---------|------------------|
| 1. .... | Faktura nr ..... |
| 2. .... | Faktura nr ..... |
| 3. .... | Faktura nr ..... |
| 4. .... | Faktura nr ..... |
| 5. .... | Faktura nr ..... |
| 6. .... | Faktura nr ..... |
| 7. .... | Faktura nr ..... |

**Kwota wnioskowana:** .....

---

---

**Korzystanie ze środków PFRON:**

---

**Korzystałem/am ze środków PFRON\***                       tak                       nie

Podać rok korzystania .....

Podać nazwę sprzętu .....

---

---

**Sytuacja zawodowa wnioskodawcy:**

---

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dzieci i młodzież do lat 18                            | <input type="checkbox"/> Prowadzący własną działalność gospodarczą |
| <input type="checkbox"/> Młodzież w wieku od 18 do 24 ucząca się lub studiująca | <input type="checkbox"/> Bezrobotny / Poszukujący pracy            |
| <input type="checkbox"/> Zatrudniony  | <input type="checkbox"/> Rencista/emeryt                           |



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

1. Rozpatrzenie wniosku następuje na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Uchwały Zarządu określającej regulamin przyznawania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny, rehabilitacyjny oraz środki pomocnicze.
2. Realizacja złożonych wniosków nastąpi z chwilą otrzymania środków finansowych przez tut. Ośrodek na realizację powyższego zadania.
3. Dofinansowanie będzie przyznawane przez PCPR do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych dla powiatu konińskiego i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.
4. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnacje należy zgłaszać do PCPR w formie pisemnej
5. Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PCPR w Koninie w zakresie wynikającym z wniosku, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2016. poz. 922).
6. Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art. 233 § 1 i 2 Kodeksu Karnego (Dz. U. z 1997 r. nr 88 poz. 553 z późniejszymi zmianami).

Konin, dn.....

.....  
Czytelny podpis wnioskodawcy lub opiekuna  
prawnego osoby niepełnosprawnej

### Załączniki wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA PCPR (należy zaznaczyć właściwie)
		Dołączono do wniosku
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu),	
2.	Fakturę potwierdzającą zakup przedmiotów ortopedycznych/środków pomocniczych z wyszczególnieniem: całkowitego kosztu zakupu, kwoty opłaconej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, kwoty udziału własnego <b>Lub:</b> Ofertę cenową określającą cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłaconą w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia do realizacji,	
3.	Kopię zrealizowanego lub przyjętego do realizacji zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne/środki pomocnicze – <b>potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie</b>	
4.	W przypadku zakupu środków pomocniczych takich jak np. pieluchomajtki, cewniki, worki na mocz - <b>kopię karty zaopatrzenia</b> (oryginał do wglądu),	
5.	W przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego należy dołączyć kserokopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu),	
5.	W przypadku osób niepełnosprawnych uczących się i niepracujących w wieku 18-24 lat, należy dołączyć aktualne zaświadczenie ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki.	
6.	Zaświadczenie o zatrudnieniu lub prowadzeniu własnej działalności	
Potwierdzam zgodność z oryginałem kserokopii dokumentów dołączonych do wniosku .....		data, pieczęć i podpis pracownika przyjmującego wniosek

**Wnioski przyjmowane są w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Koninie,  
Al. 1 Maja 9, pok. 468, tel. (63) 243 03 10**

Wnioski dot. zadań PFRON można pobierać ze strony:

[www.pcpr.konin.pl](http://www.pcpr.konin.pl)

### Wyliczenie dofinansowania: (wypełnia PCPR)

Koszt całkowity .....

Przelew  Przekaz  Odmowa

Udział NFZ .....

Udział wnioskodawcy .....

Lista numer: .....

Kwota dofinansowania

Data .....