

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
ZAOPATRZENIA W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE**

Nazwa załącznika	WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE PRACOWNIK MOPR <i>(należy zaznaczyć właściwe)</i>			
	Dołączono do wniosku	Uzupełniono	Nie dotyczy	Data uzupełnienia /uwagi
1. DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE UPOWAŻNIENIE OSOBY UPRAWNIONEJ DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY (np.: postanowienie sądowe, pełnomocnictwo sporządzone przez notariusza) (kserokopia - oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. DOWÓD OSOBISTY WNIOSKODAWCY, OSOBY UPRAWNIONEJ DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY ORAZ OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO ODBIORU DOFINANSOWANIA (oryginały do wglądu)				
3. ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI/STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WYDANE PRZEZ POWIATOWY ZESPÓŁ lub ORZECZENIE WYDANE PRZEZ ZUS (kserokopia – oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O WYSOKOŚCI DOCHODÓW NETTO W GOSPODARSTWIE DOMOWYM (druk dołączony do wniosku).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE WYSOKOŚĆ DOCHODÓW - przeciętny <u>miesięczny</u> dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, obliczony <u>za kwartał</u> poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (kserokopia - oryginał do wglądu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. OŚWIADCZENIE O MIEJSCU POBYTU STAŁEGO (druk dołączony do wniosku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. FAKTURA określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz kwotą udziału własnego lub inny dokument potwierdzający zakup (oryginał) wraz z KOPIĄ ZREALIZOWANEGO ZLECENIA na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, potwierdzona „za zgodność z oryginałem” przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie. lub OFERTA określająca cenę nabycia z wyodrębnioną kwotą opłacaną w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i kwotą udziału własnego oraz termin realizacji zlecenia od momentu przyjęcia go do realizacji wraz z KOPIĄ ZLECENIA na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, potwierdzona przez NFZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. PROŚBA O PRZEKAZANIE DOFINANSOWANIA NA KONTO BANKOWE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. INNE ZAŁĄCZNIKI (należy wymienić):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

.....
data

.....
podpis pracownika MOPR przyjmującego wniosek