

A. Dane ewidencyjne wnioskodawcy

A1. Imię i Nazwisko oraz adres wnioskodawcy ¹			1. Numer wnioskodawcy w rejestrze PFRON _____	
2. REGON ² _____		3. NIP _____		4. PESEL _____
6. Imię i Nazwisko				
7. Województwo			8. Miejscowość	
9. Kod pocztowy _____	10. Poczta _____	11. Ulica _____		12. Nr domu _____
14. Telefon ⁴ _____		15. Faks ⁴ _____	16. E-mail _____	17. Identyfikator adresu wnioskodawcy ⁵ _____

A2. Adres do korespondencji *Należy wypełnić w przypadku, gdy adres korespondencyjny jest inny niż adres wykazany w bloku A.1.*

18. Kod pocztowy _____	19. Miejscowość _____	20. Ulica _____		21. Nr domu _____	22. Nr lokalu _____
23. Telefon ⁴ _____		24. Faks ⁴ _____	25. E-mail _____		

B. Dodatkowe informacje o wnioskodawcy¹

Imię, nazwisko i PESEL osoby, której dotyczy refundacja	Stopień niepełnosprawności				Status osoby, której dotyczy refundacja	
	znaczny	umiarkowany	lekki	brak określonego stopnia	rolnik	domownik
26. _____	27. <input type="checkbox"/>	28. <input type="checkbox"/>	29. <input type="checkbox"/>	30. <input type="checkbox"/>	31. <input type="checkbox"/>	32. <input type="checkbox"/>
33. _____	34. <input type="checkbox"/>	35. <input type="checkbox"/>	36. <input type="checkbox"/>	37. <input type="checkbox"/>	38. <input type="checkbox"/>	39. <input type="checkbox"/>
40. _____	41. <input type="checkbox"/>	42. <input type="checkbox"/>	43. <input type="checkbox"/>	44. <input type="checkbox"/>	45. <input type="checkbox"/>	46. <input type="checkbox"/>
47. _____	48. <input type="checkbox"/>	49. <input type="checkbox"/>	50. <input type="checkbox"/>	51. <input type="checkbox"/>	52. <input type="checkbox"/>	53. <input type="checkbox"/>
54. _____	55. <input type="checkbox"/>	56. <input type="checkbox"/>	57. <input type="checkbox"/>	58. <input type="checkbox"/>	59. <input type="checkbox"/>	60. <input type="checkbox"/>
61. _____	62. <input type="checkbox"/>	63. <input type="checkbox"/>	64. <input type="checkbox"/>	65. <input type="checkbox"/>	66. <input type="checkbox"/>	67. <input type="checkbox"/>
68. _____	69. <input type="checkbox"/>	70. <input type="checkbox"/>	71. <input type="checkbox"/>	72. <input type="checkbox"/>	73. <input type="checkbox"/>	74. <input type="checkbox"/>

C. Osoba odpowiedzialna za kontakty z PFRON¹

75. Imię		76. Nazwisko	
77. Telefon ⁴ _____	78. Faks ⁴ _____	79. E-mail _____	

Oświadczam, że dane zawarte w informacji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

80. Data wypełnienia formularza ____-____-____	81. Podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby upoważnionej
---	--

D. Uwagi

UWAGA !!!!!

Proszę przeczytać przed wypełnieniem:

- ¹ Należy wypełnić pismem maszynowym lub ręcznie drukowanymi literami czarnym lub niebieskim kolorem.**
- ² Dotyczy tylko wnioskodawcy prowadzącego działalność gospodarczą.**
- ³ Należy wpisać numer o ile jego wydanie wynika z przepisów. Podaje się w ujęciu alfanumerycznym 4 cyfry i jedna litera.**
- ⁴ Należy podać także numer kierunkowy.**
- ⁵ Należy podać siedmiocyfrowy kod stosownie do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. Nr 157, poz. 1031, z późn. zm.).**