

**Wniosek o przyznanie pomocy pieniężnej na zakup aparatów słuchowych
i wkładek usznych w ramach Programu ogłoszonego na 2025 rok**

| |
|--|
| Dane osobowe Imię i nazwisko Nr PESEL Data urodzenia Nr telefonu Adres e-mail |
| Adres zamieszkania Miejscowość Ulica Nr domu Nr mieszkania Kod Poczta |
| Adres do korespondencji (wypełnić, jeśli jest inny niż zamieszkania) Miejscowość Ulica nr domu nr mieszkania Kod Pocztowy Poczta |

Zwracam się z wnioskiem o przyznanie pomocy pieniężnej na zakup:¹

- dwóch aparatów słuchowych i/lub wkładek usznych,**
- aparatu słuchowego i/lub wkładki usznej:**
 - prawostronnego,**
 - lewostronnego**

w ramach Programu dofinansowania zakupu aparatów słuchowych i wkładek usznych/aparatu słuchowego i wkładki usznej obowiązującego w 2025r.

¹ Odpowiednie zaznaczyć

Oświadczam, że

1) Uzyskuję dochód netto w wysokości zł miesięcznie.

2) Gospodarstwo domowe²

prowadzę samodzielnie

prowadzę wspólnie z następującymi osobami:

| L.p. | Imię i nazwisko | Stopień pokrewieństwa | Dochód netto ³ |
|------|-----------------|-----------------------|---------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, oświadczam, że według stanu na dzień sporządzenia wniosku o pomoc pieniężną dane w nim zawarte oraz dane i informacje wynikające z załączonych do wniosku dokumentów są prawdziwe i aktualne.

Proszę o przekazanie pomocy pieniężnej⁴:

| | |
|--|--|
| | PRZELEWEM NA RACHUNEK BANKOWY PROWADZONY W POLSCE (W przypadku <u>Faktury Pro Forma lub kosztorysu</u> przyznana pomoc zostanie przekazana na rachunek bankowy placówki realizującej zlecenie): |
|--|--|

| |
|--|
| Numer rachunku bankowego prowadzonego w Polsce (26 znaków), na które ma być przekazana pomoc pieniężna: |
|--|

| | |
|--|--|
| | PRZEKAZEM PIENIĘŻNYM NA ADRES W POLSCE (tylko w przypadku Faktury VAT): |
|--|--|

| | | |
|--------------|-------------------|---------------------|
| Ulica | nr domu | nr mieszkania |
| Kod | Miejscowość | |
| Poczta | Nr telefonu..... | |

² Właściwie zaznaczyć.

³ W załączeniu należy przedstawić dokumenty potwierdzające wysokość uzyskiwanego dochodu netto wszystkich członków rodziny. Za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu z miesiąca, w którym wniosek został złożony. Do dochodu nie wlicza się kwoty alimentów świadczonych na rzecz innych osób.

⁴ Należy zaznaczyć żądany sposób wypłaty jednorazowej pomocy pieniężnej i podać niezbędne dane.

Osoby uprawnione:

- 1) Kombatanci, ofiary represji,
- 2) Osoby deportowane do pracy przymusowej oraz osadzone w obozach pracy przez III Rzeszę i Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich,
- 3) Działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych,
- 4) Żołnierze zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudniani w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych,
- 5) Cywilne niewidome ofiary działań wojennych.

| Warunki uczestnictwa w Programie | |
|---|--|
| Faktura VAT | Faktura pro forma |
| <p>Konieczność załączenia do wniosku:</p> <p>a) faktury VAT uwzględniającej dofinansowanie z NFZ, PFRON, PCPR, OPS lub innych źródeł wystawioną w terminie do 12 miesięcy przed złożeniem wniosku o przyznanie pomocy w ramach Programu,</p> <p>b) dokumentu potwierdzającego wysokość dochodu wnioskodawcy/rodziny wnioskodawcy wystawionego w terminie do 3 miesięcy przed złożeniem wniosku o przyznanie pomocy w ramach Programu. Termin 3 miesięcy nie dotyczy dokumentów potwierdzających aktualną wysokość świadczeń o charakterze stałym, takich jak: emerytura, zasiłek stały itp.</p> | <p>Konieczność załączenia do wniosku:</p> <p>a) aktualnej kopii zlecenia na zaopatrzenie w aparat słuchowy/aparaty słuchowe i wkładkę uszną/wkładki uszne potwierdzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Dofinansowanie w ramach Programu może być przyznane tylko osobie uprawnionej, która przedstawi zlecenie na zaopatrzenie w aparaty słuchowe/aparat słuchowy i wkładki uszne/wkładkę uszną potwierdzające możliwość uzyskania dofinansowania z Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>b) faktury pro forma lub kosztorysu uwzględniającego dofinansowanie z NFZ, PFRON, PCPR, OPS lub innych źródeł wystawionego w terminie do 12 miesięcy przed złożeniem wniosku o przyznanie pomocy w ramach Programu,</p> <p>c) dokumentu potwierdzającego wysokość dochodu wnioskodawcy/rodziny wnioskodawcy wystawionego w terminie do 3 miesięcy przed złożeniem wniosku o przyznanie pomocy w ramach Programu. Termin 3 miesięcy nie dotyczy dokumentów potwierdzających aktualną wysokość świadczeń o charakterze stałym, takich jak: emerytura, zasiłek stały itp.</p> |
| Faktura VAT powinna być wystawiona na nazwisko wnioskodawcy. | Faktura pro forma powinna być wystawiona na nazwisko wnioskodawcy. |
| Przyznana pomoc pieniężna przekazywana będzie wnioskodawcy, który wcześniej dokonał zakupu aparatu/aparatów i poniósł koszty na wskazany przez niego rachunek bankowy lub przekazem pieniężnym. | Przyznana pomoc pieniężna zostanie przekazana na konto bankowe placówki realizującej zlecenie wskazane w kosztorysie lub fakturze Pro Forma |

**ZASADY UDZIELANIA POMOCY PIENIĘŻNEJ NA ZAKUP APARATU/APARATÓW
SŁUCHOWYCH I WKŁADKI USZNEJ/WKŁADEK USZNYCH ZE ŚRODKÓW BUDŻETOWYCH
BĘDĄCYCH W DYSPOZYCJI SZEFA URZĘDU DO SPRAW KOMBATANTÓW I OSÓB
REPRESJONOWANYCH OBOWIĄZUJĄCE W 2025 ROKU**

1. Pomoc pieniężna na zakup aparatu słuchowego/aparatów słuchowych przyznawana jest decyzją Szefa Urzędu do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych na wniosek osoby uprawnionej.
2. Pomoc może być przyznana osobom uprawnionym spełniającym następujące kryteria dochodowe:
 - a) dla osoby prowadzącej samodzielne gospodarstwo domowe – dochód nie przekracza kwoty stanowiącej równowartość 290% najniższej emerytury ogłaszanej przez Prezesa ZUS,
 - b) dla osoby prowadzącej wspólne gospodarstwo domowe – dochód na osobę nie przekracza kwoty stanowiącej równowartość 220% najniższej emerytury ogłaszanej przez Prezesa ZUS,
 - c) dochód osoby samotnie gospodarującej lub dochód na osobę w rodzinie nie przekracza kwoty odpowiadającej 350% najniższej emerytury ogłaszanej przez Prezesa ZUS, w przypadku gdy wnioskodawca jest osobą całkowicie niezdolną do pracy oraz do samodzielnej egzystencji.
3. Za osobę całkowicie niezdolną do pracy i do samodzielnej egzystencji uznaje się osobę, która posiada orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji. Okoliczność posiadania statusu osoby całkowicie niezdolnej do pracy oraz do samodzielnej egzystencji ustala się zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami na podstawie przedłożonych przez wnioskodawcę dokumentów takich jak:
 - a) orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy oraz do samodzielnej egzystencji wydane przez organ rentowy (ZUS, KRUS, MSWiA, MON, BESW),
 - b) orzeczenie o I grupie inwalidzkiej wydane przez organ rentowy,
 - c) orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności w przypadku osiągnięcia przez wnioskodawcę wieku emerytalnego,
 - d) orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji wydane przez organ rentowy, jeśli wnioskodawca osiągnął wiek emerytalny.
4. Pomoc może być przyznana w wysokości do 5000 zł brutto lub 3000 zł brutto na jeden aparat słuchowy i jedną wkładkę uszną po spełnieniu kryteriów dochodowych określonych w poniższej Tabeli. Pozostałą do zapłaty kwotę zobowiązany jest ponieść wnioskodawca.

| Maksymalna wysokość pomocy pieniężnej (kwoty brutto) | |
|---|--|
| dla osoby uprawnionej samotnie gospodarującej, której dochód nie przekracza kwoty odpowiadającej 220% najniższej emerytury (3 918,11 zł) | dla osoby uprawnionej samotnie gospodarującej, której dochód przekracza kwotę odpowiadającą 220% najniższej emerytury (3 918,11 zł), ale nie przekracza kwoty odpowiadającej 290% najniższej emerytury (5 164,78 zł) |
| dla osoby uprawnionej, której dochód na osobę w rodzinie nie przekracza kwoty odpowiadającej 150% najniższej emerytury (2 671,44 zł na osobę) | dla osoby uprawnionej, której dochód na osobę w rodzinie przekracza kwotę odpowiadającą 150% najniższej emerytury (2 671,44 zł na osobę), ale nie przekracza kwoty odpowiadającej 220% najniższej emerytury (3 918,11 zł na osobę) |

| | | |
|--------------------------------------|--|---|
| Liczba aparatów i wkładek usznych | dla osoby uprawnionej pobierającej rentę inwalidy wojennego lub wojskowego bądź będącej osobą całkowicie niezdolną do pracy oraz do samodzielnej egzystencji, której dochód nie przekracza kwoty odpowiadającej 280% najniższej emerytury (4 986,69 zł) bez względu na liczbę osób w gospodarstwie domowym | dla osoby uprawnionej pobierającej rentę inwalidy wojennego lub wojskowego bądź będącej osobą całkowicie niezdolną do pracy oraz do samodzielnej egzystencji, której dochód przekracza kwotę odpowiadającą 280% najniższej emerytury (4 986,69 zł) a nie przekracza kwoty odpowiadającej 350% najniższej emerytury (6 233,36 zł) bez względu na liczbę osób w gospodarstwie domowym |
| 1 aparat słuchowy i 1 wkładka uszna | do 5 000 zł | do 3 000 zł |
| 2 aparaty słuchowe i 2 wkładki uszne | do 10 000 zł | do 6 000 zł |

5. Przyznana pomoc pieniężna może być wykorzystana wyłącznie na zakup aparatu słuchowego/aparatów słuchowych lub wkładki usznej/wkładek usznych wskazanych w fakturze VAT, proforma lub kosztorysie załączonych do wniosku o przyznanie pomocy pieniężnej w ramach Programu. Zmiana przeznaczenia przyznanej pomocy pieniężnej wymaga zmiany decyzji na podstawie art. 155 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 572).

6. Dofinansowanie następuje w wysokości do 100% różnicy pomiędzy ceną całkowitą aparatu/aparatów a dofinansowaniem z NFZ, PFRON, PCPR, OPS lub innych źródeł, ale nie więcej niż 5 000 zł brutto za jeden aparat i jedną wkładkę uszną, z zastrzeżeniem punktu 11 poniżej.

7. Przy ustalaniu wysokości przyznanego dofinansowania będzie uwzględniana pomoc udzielona przez Szefa Urzędu na ten sam cel (zakup aparatów słuchowych/aparatu słuchowego i wkładek usznych/wkładki usznej) poza Programem w roku 2024. O tę kwotę będzie pomniejszana wysokość ewentualnego dofinansowania przyznawanego na podstawie Programu na 2025 rok.

8. Dofinansowanie w ramach Programu na 2025 r. nie może być przyznane dla osób, które skorzystały z dofinansowania zakupu aparatów słuchowych w ramach realizowanych w latach 2020-2024 programów Szefa Urzędu dla kombatantów oraz ofiar represji, osób deportowanych do pracy przymusowej oraz osadzonych w obozach pracy przez III Rzeszę i Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich, żołnierzy zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianych w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych, cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych lub Programu dofinansowania zakupu aparatów słuchowych dla działaczy opozycji antykomunistycznej i osób represjonowanych z powodów politycznych realizowanego w latach 2020-2024.

9. Program będzie realizowany do dnia 31 grudnia 2025 roku bądź do wyczerpania środków przeznaczonych na jego realizację, jeśli nastąpi to wcześniej. Kompletny wniosek o przyznanie pomocy pieniężnej w ramach Programu lub uzupełnienie wniosku powinny wpłynąć do Urzędu do spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych do dnia **30 listopada 2025 r.** (decyduje data wpływu do Urzędu). Wnioski, które wpłyną lub zostaną uzupełnione po tym terminie mogą być rozpatrzone na zasadach ogólnych określonych w ustawie o działaczach opozycji antykomunistycznej.

10. Dofinansowanie do aparatów słuchowych z Programu przyznawane jest raz na pięć lat.

Oświadczam, że zapoznałem/lam się i akceptuję powyższe zasady przyznawania pomocy pieniężnej na zakup aparatu słuchowego i wkładki usznej/aparatów słuchowych i wkładek usznych.

Oświadczam, że w przypadku przyznania pomocy pieniężnej w kwocie niewystarczającej na pokrycie w całości kosztów planowanego zakupu wyrobu medycznego, uiszczę brakującą kwotę we własnym zakresie.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazanie placówce, wskazanej w załączonym do wniosku fakturze proforma lub kosztorysie, która ma realizować zakup aparatu/aparatów słuchowych i wkładki usznej/wkładek usznych, moich danych osobowych, tj. imienia i nazwiska, daty urodzenia, adresu korespondencyjnego lub adresu zamieszkania w celu uzupełnienia/korekty dokumentów załączonych do wniosku, jeśli będzie to konieczne do pozytywnego jego rozpatrzenia.

W przypadku wyrażenia zgody przyjmuje do wiadomości, że mogę ją wycofać w każdym czasie, informując o tym Urząd pisemnie (wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem).

.....
data i podpis Wnioskodawcy

Gdy wniosek składa osoba, która nie może lub nie umie złożyć podpisu, wniosek podpisuje za nią inna osoba przez nią upoważniona, czyniąc o tym wzmiankę obok podpisu (art. 63 § 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego – t.j. Dz. U. z 2024 roku poz. 572).

W sprawach mniejszej wagi organ administracji publicznej może nie żądać pełnomocnictwa, jeśli pełnomocnikiem jest członek najbliższej rodziny lub domownik strony, a nie ma wątpliwości co do istnienia i zakresu upoważnienia do występowania w imieniu strony (art. 33 § 4. kpa).