

Załącznik nr 1 do Procedur realizacji Modułu I programu „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością”

Data wpływu:

Nr sprawy:

WNIOSEK
o świadczenie w ramach Modułu I programu
„Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością”

Znak „X” oznacza wybraną pozycję przez Wnioskodawcę na liście opcji możliwych do wyboru. Należy wypełnić poszczególne punkty wniosku lub wpisać „nie dotyczy”. Informacje o programie: www.pfron.org.pl – zakładka „O Funduszu – Programy i zadania PFRON”.

INFORMACJE o osobie składającej wniosek

Nazwa pola	Zawartość
Wniosek jest składany:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> przez opiekuna małoletniego
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Data przybycia do Polski	

ADRES POBYTU

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

<input type="checkbox"/> Taki sam, jak adres pobytu	
Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI osoby składającej wniosek

Wypełnia osoba składająca wniosek w imieniu własnym.	
Nazwa pola	Zawartość
Stopień niepełnosprawności (w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności):	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II

INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEJ POMOCY FINANSOWEJ

Wysokość wnioskowanej pomocy w ramach Modułu I programu: zł
Świadczenie przeznaczone jest na sfinansowanie Beneficjentowi programu wymaganego udziału własnego w zakupie lub naprawie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Dotyczy zlecenia będącego przedmiotem niniejszego wniosku.

OSOBA MAŁOLETNIA

DANE MAŁOLETNIEGO - wypełnia osoba składająca wniosek w imieniu małoletniego.

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Data przybycia do Polski:	

ADRES POBYTU MAŁOLETNIEGO

<input type="checkbox"/> Taki sam, jak adres pobytu osoby składającej wniosek	
Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI MAŁOLETNIEGO

Nazwa pola	Zawartość
Stopień niepełnosprawności (w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności):	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II

INFORMACJE O WNIOSKOWANEJ POMOCY DLA MAŁOLETNIEGO

Wysokość wnioskowanej pomocy w ramach Modułu I programu: zł

Świadczenie przeznaczone jest na sfinansowanie Beneficjentowi programu wymaganego udziału własnego w zakupie lub naprawie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Dotyczy zlecenia będącego przedmiotem niniejszego wniosku.

FORMA PRZEKAZANIA ŚWIADCZENIA

- ☐ przelew na konto podmiotu realizującego zaopatrzenie w wyrób medyczny lub jego naprawę
- ☐ przelew na rachunek bankowy wskazany we wniosku o przyznanie świadczenia*
- ☐ gotówka w kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)

* Informacja o rachunku bankowym, na który ma zostać przekazane świadczenie:

Nazwa pola	Zawartość
Dane właściciela rachunku:	
Nazwa banku:	
Numer rachunku bankowego:	

Oświadczam, że:

- 1) Nie wnioskuję na podstawie odrębnych wniosków w ramach programu „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością” o świadczenie w ramach Modułu I programu na to samo zlecenie, które stanowi przedmiot wniosku.
- 2) Załączam kopię zlecenia na zaopatrzenie w wyrób medyczny albo naprawę wyrobu medycznego, oraz kopię dowodu zakupu lub naprawy wyrobu medycznego, będącego przedmiotem zlecenia.
- 3) Informacje podane we wniosku są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.

Miejscowość	Data	Podpis osoby składającej wniosek
Data i podpis pracownika prowadzącego sprawę:		Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:

Дата отримання:

Номер справи:

ЗАЯВА

про отримання пільг в рамках Модуля I програми

«Допомога громадянам України з інвалідністю»

Знак «X» означає пункт, обраний Заявником у списку варіантів, які можна вибрати. Слід заповнити окремі пункти заяви або написати «не застосовується». Інформація про програму: www.pfron.org.pl – вкладка «Про Фонд - Програми та завдання ПФРОН».

ІНФОРМАЦІЯ про особу, яка подає заяву

Назва поля	Зміст
Заява подається:	<input type="checkbox"/> від мого власного імені <input type="checkbox"/> через опікуна неповнолітнього
Ім'я:	
Прізвище:	
Номер PESEL:	
Дата народження:	
Номер телефону:	
Електронна пошта:	
Дата прибуття в Польщу	

АДРЕСА ПЕРЕБУВАННЯ

Назва поля	Зміст
Воєводство:	
Повят	
Вулиця:	
Номер будинку:	
Номер приміщення:	
Місцевість:	
ЗПІ код:	
Поштове відділення:	

АДРЕСА ДЛЯ ЛИСТУВАННЯ

<input type="checkbox"/> Те саме, що адреса вашого перебування
--

Назва поля	Зміст
Восводство:	
Повят:	
Вулиця:	
Номер будинку:	
Номер приміщення:	
Місцевість:	
ЗП код:	
Поштове відділення:	

ПРАВОВИЙ СТАТУС СТОСОВНО НЕПОВНОСПРАВНОСТІ ЗАЯВНИКА

Заповнюється особою, яка подає заяву від свого імені.

Назва поля	Зміст
Ступінь інвалідності (за українською системою визначення інвалідності):	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ФІНАНСОВУ ДОПОМОГУ

Сума допомоги згідно з Модулем I програми:злотих

Пільга призначена для фінансування Бенефіціару програми необхідної власної участі в закупівлі або ремонті медичних виробів, що видаються на вимогу, як зазначено у Постанові МОЗ від 29 травня 2017 року про перелік медичних виробів, виданих на вимогу. Застосовується до порядку, що є предметом цієї заяви.

НЕПОВНОЛІТНЯ ОСОБА

ДАНІ ПРО НЕПОВНОЛІТНЬОГО – заповнює особа, яка подає заяву від імені неповнолітнього..

Назва поля	Зміст
Ім'я:	
Прізвище:	
Номер PESEL:	
Дата народження:	
Дата прибуття в Польщу:	

АДРЕСА ПЕРЕБУВАННЯ НЕПОВНОЛІТНЬОГО

<input type="checkbox"/> Те саме, що адреса проживання заявника	
Назва поля	Зміст
Воєводство:	
Повят:	
Вулиця:	
Номер будинку:	
Номер приміщення:	
Місцевість:	
ЗПІ код:	
Поштове відділення:	

ПРАВОВИЙ СТАТУС СТОСОВНО НЕПОВНОСПРАВНОСТІ НЕПОВНОЛІТНЬОГО

Назва поля	Зміст
Ступінь інвалідності (за українською системою визначення інвалідності):	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЗАЯВИ СТОСОВНО ДОПОМОГИ ДЛЯ НЕПОВНОЛІТНЬОГО

Сума допомоги згідно з Модулем І програми: злотих
Допомога призначена для фінансування Бенефіціару програми необхідної власної участі в закупівлі або ремонті медичних виробів, що видаються на вимогу, як зазначено у Постанові МОЗ від 29 травня 2017 року про перелік медичних виробів, виданих на вимогу. Застосовується до порядку, що є предметом цієї заяви.

ФОРМА НАДАННЯ ДОПОМОГИ

<input type="checkbox"/> перерахування на рахунок суб'єкта, який надає медичний виріб або здійснює його ремонт	
<input type="checkbox"/> перерахування на банківський рахунок, зазначений у заяві про надання допомоги *	
<input type="checkbox"/> готівкою або поштовим переказом (якщо Реалізатор дозволяє цю форму оплати)	
* Інформація про банківський рахунок, на який буде перерахована допомога:	
Назва поля	Зміст
Дані власника рахунку:	
Назва банку:	
Номер рахунку в банку:	

Я заявляю, що:

- 1) Я не звертаюся на підставі окремих заяв за програмою «Допомога громадянам України з інвалідністю» з метою отримання допомоги в рамках Модуля І програми стосовно того самого замовлення, що є предметом заяви.
- 2) Додаю копію замовлення на поставку медичного виробу чи ремонт медичного виробу та копію підтвердження придбання чи ремонту медичного виробу, що є предметом замовлення.
- 3) Інформація, наведена в заяві, є правдивою, і я визнаю, що надання неправдивої інформації виключає заяву з подальшого розгляду.

Місце	Дата	Підпис особи, яка подає заяву
Дата та підпис працівника, який веде справу:	Дата, печатка та підпис керівника відповідного організаційного підрозділу Виконавця Програми:	