

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: | |
| Poczta: | |

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

| <input type="checkbox"/> przelew na konto podmiotu realizującego zaopatrzenie w wyrób medyczny lub jego naprawę | |
|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> przelew na rachunek bankowy wskazany we wniosku o przyznanie świadczenia* | |
| <input type="checkbox"/> 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: | |

| Miejscowość | Data | Podpis osoby składającej wniosek |
|-------------|------|----------------------------------|
| | | |