

Додаток № 1 до Процедур реалізації Модуля I програми «Допомога громадянам України з інвалідністю»

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:	
ЗП код:	
Поштове відділення:	

АДРЕСА ДЛЯ ЛИСТУВАННЯ

Те саме, що адреса вашого перебування

Назва поля	Зміст
Воєводство:	
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 Те саме, що адреса проживання заявника

Назва поля	Зміст
Воєводство:	
Повят:	
Вулиця:	
Номер будинку:	
Номер приміщення:	
Місцевість:	
ЗП 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 I 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

- перерахування на рахунок суб'єкта, який надає медичний виріб або здійснює його ремонт
 - перерахування на банківський рахунок, зазначений у заяві про надання допомоги *
 - 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 I 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:	

Дата та підпис працівника, який веде справу:	Дата, печатка та підпис керівника відповідного організаційного підрозділу Виконавця Програми:

