

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:	☐ we własnym imieniu ☐ 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☐ 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):	☐ I ☐ 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

☐ 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):	☐ I ☐ 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: