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, pieczątka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu: | |
|  | |  | |