

WNIOSEK

(ЗАЯВА)

o świadczenie w ramach Modułu I programu

(про отримання пільг в рамках Модуля I програми)

„Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością”

(«Допомога громадянам України з інвалідністю»)

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”.

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 „O Funduszu – Programy i zadania PFRON”.

INFORMACJE o osobie składającej wniosek (ІНФОРМАЦІЯ про особу, яка подає заяву)

Nazwa pola (Назва поля)	Zawartość (Зміст)
Wniosek jest składany (Заява подається):	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu (від мого власного імені) <input type="checkbox"/> przez opiekuna małoletniego (через опікуна неповнолітнього)
Imię (Ім'я):	
Nazwisko (Прізвище):	
PESEL (Номер PESEL):	
Data urodzenia (Дата народження):	
Nr telefonu (Номер телефону):	
Adres e-mail (Електронна пошта):	
Data przybycia do Polski (Дата прибуття в Польщу):	

ADRES POBYTU (АДРЕСА ПЕРЕБУВАННЯ)

Nazwa pola (Назва поля)	Zawartość (Зміст)
Województwo (Воєводство):	
Powiat (Повят):	
Ulica (Вулиця):	
Nr domu (Номер будинку):	
Nr lokalu (Номер приміщення):	
Miejscowość (Місцевість):	
Kod pocztowy (ЗІП код):	
Poczta (Поштове відділення):	

ADRES KORESPONDENCYJNY (АДРЕСА ДЛЯ ЛИСТУВАННЯ)

<input type="checkbox"/> Taki sam, jak adres pobytu (Те саме, що адреса вашого перебування)	
Nazwa pola (Назва поля)	Zawartość (Зміст)
Województwo (Воєводство):	
Powiat (Повят):	
Ulica (Вулиця):	
Nr domu (Номер будинку):	
Nr lokalu (Номер приміщення):	
Miejscowość (Місцевість):	
Kod pocztowy (ЗІП код):	
Poczta (Поштове відділення):	

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI osoby składającej wniosek
(ПРАВОВИЙ СТАТУС СТОСОВНО НЕПОВНОСПРАВНОСТІ ЗАЯВНИКА)

Wypełnia osoba składająca wniosek w imieniu własnym. (Заповнюється особою, яка подає заяву від свого імені.)	
Nazwa pola (Назва поля)	Zawartość (Зміст)
Stopień niepełnosprawności (w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności): Ступінь інвалідності (за українською системою визначення інвалідності):	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II

INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEJ POMOCY FINANSOWEJ
(ІНФОРМАЦІЯ ПРО ФІНАНСОВУ ДОПОМОГУ)

Wysokość wnioskowanej pomocy w ramach Modułu I programu: Сума допомоги згідно з Модулем I програми: zł (злотих)
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. 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.

OSOBA MAŁOLETνια (НЕПОВНОЛІТНЯ ОСОБА)

DANE MAŁOLETNIEGO - wypełnia osoba składająca wniosek w imieniu małoletniego.

(ДАНИ ПРО НЕПОВНОЛІТНОГО – заповнює особа, яка подає заяву від імені неповнолітнього)

Nazwa pola (Назва поля)	Zawartość (Зміст)
Imię (Ім'я):	
Nazwisko (Прізвище):	
PESEL (Номер PESEL):	
Data urodzenia (Дата народження):	
Data przybycia do Polski (Дата прибуття в Польщу):	

ADRES POBYTU MAŁOLETNIEGO (АДРЕСА ПЕРЕБУВАННЯ НЕПОВНОЛІТНЬОГО)

- Takі sam, jak adres pobytu osoby składającej wniosek
(Те саме, що адреса проживання заявника)

Nazwa pola (Назва поля)	Zawartość (Зміст)
Województwo (Воєводство):	
Powiat (Повят):	
Ulica (Вулиця):	
Nr domu (Номер будинку):	
Nr lokalu (Номер приміщення):	
Miejscowość (Місцевість):	
Kod pocztowy (ЗІП код):	
Poczta (Поштове відділення):	

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI MAŁOLETNIEGO

(ПРАВОВИЙ СТАТУС СТОСОВНО НЕПОВНОСПРАВНОСТІ НЕПОВНОЛІТНЬОГО)

Nazwa pola (Назва поля)	Zawartość (Зміст)
Stopień niepełnosprawności (w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności): Супінь інвалідності (за українською системою визначення інвалідності):	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II

INFORMACJE O WNIOSKOWANEJ POMOCY DLA MAŁOLETNIEGO

(ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЗАЯВИ СТОСОВНО ДОПОМОГИ ДЛЯ НЕПОВНОЛІТНЬОГО)

<p>Wysokość wnioskowanej pomocy w ramach Modułu I programu: (Сума допомоги згідно з Модулем I програми): zł (злотих)</p>
<p>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.</p> <p>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.</p>

FORMA PRZEKAZANIA ŚWIADCZENIA (ФОРМА НАДАННЯ ДОПОМОГИ)

- przelew na konto podmiotu realizującego zaopatrzenie w wyrób medyczny lub jego naprawę (перерахування на рахунок суб'єкта, який надає медичний виріб або здійснює його ремонт)
- przelew na rachunek bankowy wskazany we wniosku o przyznanie świadczenia* (перерахування на банківський рахунок, зазначений у заяві про надання допомоги*)
- gotówka w kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności) [готівкою або поштовим переказом (якщо Реалізатор дозволяє цю форму оплати)]

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

* Інформація про банківський рахунок, на який буде перерахована допомога:

Nazwa pola (Назва поля)	Zawartość (Зміст)
Dane właściciela rachunku (Дані власника рахунку):	
Nazwa banku (Назва банку):	
Numer rachunku bankowego (Номер рахунку в банку):	_____

Oświadczam, że (Я заявляю, що):

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.

(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) Załączam kopię zlecenia na zaopatrzenie w wyrób medyczny albo naprawę wyrobu medycznego, oraz kopię dowodu zakupu lub naprawy wyrobu medycznego, będącego przedmiotem zlecenia.

(Додаю копію замовлення на поставку медичного виробу чи ремонт медичного виробу та копію підтвердження придбання чи ремонту медичного виробу, що є предметом замовлення).

3) Informacje podane we wniosku są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.

(Інформація, наведена в заяві, є правдивою, і я визнаю, що надання неправдивої інформації виключає заяву з подальшого розгляду).

Miejscowość (Місце)	Data (Дата)	Podpis osoby składającej wniosek (Підпис особи, яка подає заяву)
Data i podpis pracownika prowadzącego sprawę (Дата та підпис працівника, який веде справу):		Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu (Дата, печатка та підпис керівника відповідного організаційного підрозділу Виконавця Програми):