

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](http://www.pfron.org.pl) – zakładka „O Funduszu – Programy i zadania PFRON”.

**INFORMACJE o osobie składającej wniosek**

Nazwa pola	Zawartość
<b>Wniosek jest składany:</b>	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> przez opiekuna małoletniego
<b>Imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	
<b>Data przybycia do Polski</b>	

**ADRES POBYTU**

Nazwa pola	Zawartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

**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
<b>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.</b>

## 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

- 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:	