Додаток № 1 до Процедур реалізації Модуля І 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 «Х» 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:** | * від мого власного імені * 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:** |  |
| **ЗІП код:** |  |
| **Поштове відділення:** |  |

**АДРЕСА ДЛЯ ЛИСТУВАННЯ**

|  |  |
| --- | --- |
| * **Те саме, що адреса вашого перебування** | |
| **Назва поля** | **Зміст** |
| **Воєводство:** |  |
| **Повят:** |  |
| **Вулиця:** |  |
| **Номер будинку:** |  |
| **Номер приміщення:** |  |
| **Місцевість:** |  |
| **ЗІП 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):** | * I * 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 НЕПОВНОЛІТНОГО – 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:** |  |
| **ЗІП код:** |  |
| **Поштове відділення:** |  |

**ПРАВОВИЙ СТАТУС СТОСОВНО НЕПОВНОСПРАВНОСТІ НЕПОВНОЛІТНЬОГО**

|  |  |
| --- | --- |
| **Назва поля** | **Зміст** |
| **Ступінь інвалідності (за українською системою визначення інвалідності):** | * I * 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: |
| --- | --- |
|  |  |