

Дата отримання:

Номер справи:

ЗАЯВА

про отримання пільг в рамках Модуля I програми «Допомога громадянам України з інвалідністю»

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 «Про Фонд - Програми та завдання ПФРОН».

ІНФОРМАЦІЯ про особу, яка подає заяву

| Назва поля | Зміст |
|-------------------------------|--|
| Заява подається: | <input type="checkbox"/> від мого власного імені <input type="checkbox"/> 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: | |
| ЗП код: | |
| Поштове відділення: | |

АДРЕСА ДЛЯ ЛИСТУВАННЯ

Те саме, що адреса вашого перебування

| Назва поля | Зміст |
|---------------------|-------|
| Воєводство: | |
| Повят: | |
| Вулиця: | |
| Номер будинку: | |
| Номер приміщення: | |
| Місцевість: | |
| ЗП 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): | <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> 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 НЕПОВНОЛІТНЬОГО – 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: | |
| ЗП код: | |
| Поштове відділення: | |

ПРАВОВИЙ СТАТУС СТОСОВНО НЕПОВНОСПРАВНОСТІ НЕПОВНОЛІТНЬОГО

| Назва поля | Зміст |
|---|---|
| Ступінь інвалідності (за українською системою визначення інвалідності): | <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> 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 І 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: | |
| | | |

