Wniosek należy wypełnić w języku polskim.

Заявка має бути заповнена польською мовою.

**WNIOSEK**

/ЗАЯВА/

**o świadczenie w ramach Modułu I programu**

/про отримання допомоги 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 «Х» означає пункт, обраний Заявником у списку варіантів, які можна вибрати. Слід заповнити окремі пункти заяви або написати «не стосується». Інформація про програму: www.pfron.org.pl – вкладка «Про Фонд - Програми та завдання ПФРОН»./

**INFORMACJE o osobie składającej wniosek**

/ІНФОРМАЦІЯ про особу, яка подає заяву/

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola**  /Назва поля/ | **Zawartość**  /Зміст/ |
| **Wniosek jest składany:**  /Заява подається:/ | * we własnym imieniu   /від мого власного імені/   * przez opiekuna małoletniego   /через опікуна неповнолітнього/ |
| **Imię:**  /Ім'я/ |  |
| **Nazwisko:**  /Прізвище/ |  |
| **PESEL:**  /Номер PESEL/ |  |
| **Data urodzenia:**  /Дата народження/ |  |
| **Nr telefonu (obowiązkowo):**  **/**Номер телефону/ обов'язково! |  |
| **Adres e-mail:**  /Електронна пошта/ |  |
| **Informacje w sprawie rozpatrywania wniosku o dofinansowanie będą przekazywane wnioskodawcy za pośrednictwem wskazanego we wniosku adresu e-mail. Informacje będą przekazywane z adresu e-mail: dr.programy@mops.krakow.pl. Za termin doręczenia pisma do wnioskodawcy, uznaje się termin jego nadania w formie elektronicznej. W przypadku braku podania adresu e-mail we wniosku o dofinansowanie informacje w sprawie rozpatrywania wniosku zostaną doręczone za pośrednictwem operatora pocztowego.**  Інформація про розгляд заявки на субсидію буде надана заявнику на електронну адресу, зазначену в заявці. Інформація буде передана з адреси електронної пошти: dr.programy@mops.krakow.pl. Датою вручення листа заявнику є дата відправлення його в електронному вигляді. Якщо в заявці на субсидію не вказано адресу електронної пошти, інформація про розгляд заявки буде доставлена ​​через поштового оператора. | |
| **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 квартири/ |  |
| **Miejscowość:**  **/**Місто/ |  |
| **Kod pocztowy:**  /Почтовий індекс/ |  |
| **Poczta:**  /Поштове відділення/ |  |

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

/АДРЕСА ДЛЯ ЛИСТУВАННЯ/

|  |  |
| --- | --- |
| * 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 квартири/ |  |
| **Miejscowość:**  **/**Місцевість/ |  |
| **Kod pocztowy:**  /Почтовий Код/ |  |
| **Poczta:**  /Поштове відділення/ |  |

**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI osoby składającej wniosek**

/ПРАВОВИЙ СТАТУС СТОСОВНО ІНВАЛІДНОСТІ 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)/ | * I * II |

**INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEJ POMOCY FINANSOWEJ**

/ІНФОРМАЦІЯ ПРО ФІНАНСОВУ ДОПОМОГУ/

|  |
| --- |
| **Wysokość wnioskowanej pomocy w ramach Modułu I programu: ……………………………….……. zł**  /Сума допомоги згідно з Модулем I програми: …………………………………………………..………….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.**  / Допомога призначена для фінансування Бенефіціару програми необхідної власної участі в закупівлі або ремонті медичних виробів, що видаються на вимогу, як зазначено у Постанові Міністра Охорони Здоров’я від 29 травня 2017 року про перелік медичних виробів, виданих на вимогу. Застосовується до порядку, що є предметом цієї заяви/ |

**OSOBA MAŁOLETNIA**

/ НЕПОВНОЛІТНЯ ОСОБА/

**DANE MAŁOLETNIEGO - wypełnia osoba składająca wniosek w imieniu małoletniego.**

/ДАНІ 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/

| * Taki 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 квартири/ |  |
| **Miejscowość:**  /Місто/ |  |
| **Kod pocztowy:**  /Почтовий індекс/ |  |
| **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):**  /Ступінь інвалідності (за українською системою визначення інвалідності/ | * I * II |

**INFORMACJE O WNIOSKOWANEJ POMOCY DLA MAŁOLETNIEGO**

/ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЗАЯВИ СТОСОВНО ДОПОМОГИ ДЛЯ НЕПОВНОЛІТНЬОГО/

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Wysokość wnioskowanej pomocy w ramach Modułu I programu: ……………………………….…………. Zł**  **/**Сума допомоги згідно з Модулем I програми: …………………………………………………………….. 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.**  /Допомога призначена для фінансування Бенефіціару програми необхідної власної участі в закупівлі або ремонті медичних виробів, що видаються на вимогу, як зазначено у Постанові Міністра Охорони Здоров’я від 29 травня 2017 року про перелік медичних виробів, виданих на вимогу. Застосовується до порядку, що є предметом цієї заяви./ |

**FORMA PRZEKAZANIA ŚWIADCZENIA**

/ФОРМА НАДАННЯ ДОПОМОГИ/

|  |
| --- |
| * **przelew na konto podmiotu realizującego zaopatrzenie w wyrób medyczny lub jego naprawę (sklep, w którym dokonano/będzie dokonany zakup)**   / перерахування на рахунок суб’єкта, який надає медичний виріб або здійснює його ремонт (магазин, де була/буде здійснена покупка)/   * **przelew na rachunek bankowy wskazany we wniosku o przyznanie świadczenia\***   / перерахування на банківський рахунок, зазначений у заяві про надання допомоги \*/  \* 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 POLSKIEGO rachunku bankowego:**  /Номер польського банківського рахунку/ | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| P | L |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**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.**

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

/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) Informacje podane we wniosku są zgodne z prawdą (w szczególności dane dotyczące posiadanego stopnia niepełnosprawności oraz daty przybycia do Polski) oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.**

/3) Інформація, наведена в заяві, є правдивою (зокрема, дані про ступінь інвалідності та дату прибуття до Польщі), і я визнаю, що надання неправдивої інформації виключає заяву з подальшого розгляду./

| **Miejscowość** / Місцевість/ | **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, pieczątka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:**  /Дата, печатка та підпис керівника відповідного організаційного підрозділу Виконавця Програми/ | |
|  | |  | |

|  |
| --- |
| **WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW / DOKUMENTÓW**  /СПИСОК НЕОБХІДНИХ ДОДАТКІВ / ДОКУМЕНТІВ/  СПИСОК НЕОБХІДНИХ ДОДАТКІВ / ДОКУМЕНТІВ |
| 1.kopia dokumentu potwierdzającego I lub II stopień niepełnosprawności, wydanego w ramach ukraińskiego systemu orzekania o niepełnosprawności  /1.копія документа, що підтверджує 1-й або 2-й ступінь інвалідності, виданий за українською системою підтвердження інвалідності/ |
|
| 2. oświadczenie wnioskodawcy  /2.декларація заявника/ |
| 3.wystawiona na wnioskodawcę faktura zapłacona (np. gotówką lub przelewem) lub faktura z odroczonym terminem płatności lub inny dokument potwierdzający zakup, która musi zawierać informacje o:  - całkowitym koszcie zakupu sprzętu ortopedycznego lub środka pomocniczego,  - kwocie opłaconej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego,  - wymaganym udziale własnym wnioskodawcy  /3.оплачений рахунок-фактура, виданий заявнику (наприклад, готівкою або банківським переказом), або рахунок-фактура з датою відстрочення платежу або інший документ, що підтверджує покупку, який повинен містити інформацію про:  - загальна вартість закупівлі ортопедичного обладнання або допоміжного пристрою,  - сума, сплачена за медичним страхуванням,  - необхідний власний внесок заявника/ |
|
|
|
|
| 4. kopia zrealizowanego zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze potwierdzona za zgodność z oryginałem przez świadczeniodawcę realizującego zlecenie /4.копію виконаного замовлення на поставку ортопедичних виробів та допоміжного обладнання, засвідчену відповідністю оригіналу постачальником послуг, що виконує замовлення/ |
|