

Wniosek złożono w:	Numer wniosku:
<i>pieczętka realizatora programu + pieczętka i podpis osoby przyjmującej wniosek + data przyjęcia/wpływu wniosku</i>	

WNIOSEK

o przyznanie pomocy w ramach programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu w 2017 r.” – **MODUŁ I**

Program jest adresowany do poszkodowanych na skutek żywiołu:

- 1) osób niepełnosprawnych posiadających aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenie równoważne),
- 2) dzieci i młodzieży niepełnosprawnej posiadających aktualne orzeczenie o niepełnosprawności, wydane przed ukończeniem 16 roku życia.

W imieniu i na rzecz niepełnoletnich lub ubezwłasnowolnionych osób niepełnosprawnych (zwanym dalej „podopiecznymi”) występują rodzice lub opiekunowie prawni tych osób.

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy udzielanej w ramach programu znajdują się na witrynie internetowej PFRON: www.pfron.org.pl w zakładce: „O Funduszu” w podzakładce: „Programy i zadania PFRON”. Informacje w powyższej kwestii można uzyskać również na witrynie internetowej realizatora programu:

Uwaga! Wniosek składa się z dwóch części: A i B.

CZĘŚĆ A – wypełnia Wnioskodawca, **CZĘŚĆ B** – wypełnia realizator programu.

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki poprzez wpisanie odpowiednich informacji lub oznaczenie znakiem „X” właściwej odpowiedzi. W przypadku rubryk, które nie dotyczą Wnioskodawcy należy wpisać „**nie dotyczy**” – o ile z treści poleceń zawartych we wniosku nie wynika inaczej.

CZĘŚĆ A – wypełnia Wnioskodawca

Niniejszy wniosek dotyczy:

bezpośrednio Wnioskodawcy – Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu

i/lub

podopiecznego/podopiecznych Wnioskodawcy, którego/których Wnioskodawca jest:

rodzicem

opiekunem prawnym (inny niż rodzic)

Liczba podopiecznych, których dotyczy przedmiotowy wniosek:

1. Informacje o Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY	
Imię: _____	Nazwisko: _____
PESEL: □□□□□□□□□□□□	Data urodzenia: □□-□□-□□□□ r. <small>dzień miesiąc rok</small>
Dowód osobisty: seria: □□□ numer: □□□□□□	wydany w dniu: □□-□□-□□□□ r. <small>dzień miesiąc rok</small>
przez: _____	
Numer telefonu kontaktowego: _____	
e-mail*: _____	

* o ile dotyczy

Stan prawny dotyczący niepełnosprawności WNIOSKODAWCY (o ile dotyczy)
<input type="checkbox"/> znaczny stopień lub orzeczenie równoważne (np. I grupa inwalidzka)
<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień lub orzeczenie równoważne (np. II grupa inwalidzka)
<input type="checkbox"/> lekki stopień lub orzeczenie równoważne (np. III grupa inwalidzka)
Dokument określający stan prawny dotyczący niepełnosprawności ważny jest:
<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo, do: □□-□□-□□□□ r. <small>dzień miesiąc rok</small>

2. Informacje o podopiecznym/podopiecznych Wnioskodawcy – należy wypełnić w sytuacji, kiedy wniosek dotyczy podopiecznego/podopiecznych

DANE PERSONALNE PODOPIECZNEGO	
Imię: _____	Nazwisko: _____
PESEL: □□□□□□□□□□□□	Data urodzenia: □□-□□-□□□□ r. <small>dzień miesiąc rok</small>
Pełnoletni: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Stan prawny dotyczący niepełnosprawności podopiecznego	
<input type="checkbox"/> znaczny stopień lub orzeczenie równoważne (np. I grupa inwalidzka)	
<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień lub orzeczenie równoważne (np. II grupa inwalidzka)	
<input type="checkbox"/> lekki stopień lub orzeczenie równoważne (np. III grupa inwalidzka)	
<input type="checkbox"/> ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wydawane do 16 roku życia)	
Dokument określający stan prawny dotyczący niepełnosprawności ważny jest:	
<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo, do: □□-□□-□□□□ r. <small>dzień miesiąc rok</small>	

DANE PERSONALNE DRUGIEGO PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)

Imię: Nazwisko:

PESEL: □□□□□□□□□□□□□□□□

Data urodzenia: □□-□□-□□□□ r.
dzień miesiąc rok

Pełnoletni:
 TAK NIE

Stan prawny dotyczący niepełnosprawności podopiecznego

- znaczny stopień lub orzeczenie równoważne (np. I grupa inwalidzka)
 umiarkowany stopień lub orzeczenie równoważne (np. II grupa inwalidzka)
 lekki stopień lub orzeczenie równoważne (np. III grupa inwalidzka)
 ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wydawane do 16 roku życia)

Dokument określający stan prawny dotyczący niepełnosprawności ważny jest:

bezterminowo okresowo, do: □□-□□-□□□□ r.
dzień miesiąc rok

DANE PERSONALNE TRZECIEGO PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)

Imię: Nazwisko:

PESEL: □□□□□□□□□□□□□□□□

Data urodzenia: □□-□□-□□□□ r.
dzień miesiąc rok

Pełnoletni:
 TAK NIE

Stan prawny dotyczący niepełnosprawności podopiecznego

- znaczny stopień lub orzeczenie równoważne (np. I grupa inwalidzka)
 umiarkowany stopień lub orzeczenie równoważne (np. II grupa inwalidzka)
 lekki stopień lub orzeczenie równoważne (np. III grupa inwalidzka)
 ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wydawane do 16 roku życia)

Dokument określający stan prawny dotyczący niepełnosprawności ważny jest:

bezterminowo okresowo, do: □□-□□-□□□□ r.
dzień miesiąc rok

W sytuacji, kiedy przedmiotowy wniosek dotyczy więcej niż trzech podopiecznych w odniesieniu do kolejnych podopiecznych informacje w przedmiotowym zakresie należy sporządzić jako załącznik do wniosku zgodnie z tabelą DANE PERSONALNE PODOPIECZNEGO zawartą w punkcie 2 „Informacje o podopiecznym/podopiecznych Wnioskodawcy”.

3. Adres zamieszkania Wnioskodawcy/podopiecznego/podopiecznych**

ADRES ZAMIESZKANIA – POBYT STAŁY		
Kod pocztowy: <input type="text"/> - <input type="text"/>	Miejscowość:	
..... (pocztą)		
Ulica:	Nr domu:	Nr mieszkania:
Powiat:	Województwo:	
<input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców	<input type="checkbox"/> inne miasto	<input type="checkbox"/> wieś

** *podopieczny/podopieczni i rodzic albo opiekun prawny muszą zamieszkiwać w obrębie tego samego gospodarstwa domowego*

ADRES DO KORESPONDENCJI – jeżeli jest inny niż wskazany powyżej adres zamieszkania		
Kod pocztowy: <input type="text"/> - <input type="text"/>	Miejscowość:	
..... (pocztą)		
Ulica:	Nr domu:	Nr mieszkania:
Powiat:	Województwo:	

4. Informacje dotyczące wnioskowanej pomocy

WNIOSKOWANA POMOC	
Przeznaczenie pomocy:	Rehabilitacja społeczna osoby niepełnosprawnej poszkodowanej w wyniku żywiołu.
RAZEM WNIOSKOWANA POMOC W RAMACH MODUŁU I ZE ŚRODKÓW PROGRAMU (w zł):	
słownie złotych :	
Uwaga! Wysokość wnioskowanej pomocy <u>należy określić łącznie dla wszystkich osób niepełnosprawnych</u> , których dotyczy przedmiotowy wniosek. <u>Wysokość świadczenia przypadającego na jedną osobę niepełnosprawną w ramach Modułu I wynosi 2000,00 zł (słownie: dwa tysiące złotych).</u>	

Informacja o rachunku bankowym, na który mają zostać przekazane środki w przypadku przyznania jednorazowego świadczenia w ramach MODUŁU I programu:
Dane właściciela rachunku:
Nazwa banku:
Numer rachunku:

5. Załączniki do wniosku

ZAŁĄCZNIKI – załączyć o ile Wnioskodawca posiada	
Nazwa załącznika:	
1.	Kopia orzeczenia osoby/osób, której/których dotyczy wniosek: a) o zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności określonych w art. 3 ustawy o rehabilitacji lub b) o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy na podstawie odrębnych przepisów, lub c) o niepełnosprawności, wydanym przed ukończeniem 16 roku życia.
2.	Kopia aktu urodzenia dziecka – w sytuacji, kiedy Wnioskodawcą jest rodzic podopiecznego/w odniesieniu do każdego podopiecznego o ile dotyczy.
3.	Kopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w sytuacji, kiedy Wnioskodawcą jest opiekun prawny/w odniesieniu do każdego podopiecznego o ile dotyczy.
4.	Kopia decyzji o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 930, z późn. zm.).

Oświadczam, że:

- 1) informacje podane we wniosku i w załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- 2) zapoznałam/em się z zasadami udzielania pomocy w ramach programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu w 2017 r.”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjmuję do wiadomości, że tekst niniejszego programu dostępny jest pod adresem: www.pfron.org.pl oraz na witrynie internetowej realizatora programu:,
- 3) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu,
- 4) przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia i uzupełnienia do wniosku należy dostarczyć w ciągu 14 kolejnych dni od daty otrzymania pisma od realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- 5) przyjmuję do wiadomości, że:

a) moje dane osobowe oraz mojego podopiecznego/moich podopiecznych (w sytuacji, kiedy wniosek dotyczy podopiecznego/podopiecznych) przekazane przeze mnie jako uczestnika programu do realizatora programu tj.:

(nazwa i adres realizatora programu)

oraz Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu realizacji programu;

- b) dane te mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych;
 - c) każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania;
 - d) podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia udziału w programie,
- 6) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz mojego podopiecznego/moich podopiecznych (w sytuacji, kiedy wniosek dotyczy podopiecznego/podopiecznych) przez realizatora programu tj.:

(nazwa i adres realizatora programu)

oraz PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 w celach związanych z realizacją programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu w 2017 r.”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922),

- 7) zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania,
- 8) podopieczny/podopieczni zamieszkuje/zamieszkują ze mną w obrębie tego samego gospodarstwa domowego (pobyt stały) *nie dotyczy*,
- 9) wyrażam zgodę na pozyskanie brakujących załączników do wniosku niezbędnych do podjęcia decyzji o przyznaniu dofinansowania, przez realizatora programu tj.:

(nazwa i adres realizatora programu)

z innych urzędów *nie dotyczy*

	dnia <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> r.	
..... <i>miejsowość</i>	<small>dzień miesiąc rok</small> <i>podpis Wnioskodawcy</i>

CZĘŚĆ B (nieudostępniana Wnioskodawcy) – wypełnia realizator programu

Weryfikacja formalna wniosku i decyzja o przyznaniu pomocy

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU NR: _____			
ZAŁĄCZNIKI:	Dołączono do wniosku	Konieczność weryfikacji przez realizatora programu	Ustalenia realizatora programu dotyczące załącznika
1.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/>	
2.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/>	
3.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/>	
4.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/>	
5.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/>	
6.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/>	
7.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/>	
8.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/>	
9.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/>	
10.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/>	
Wykaz załączników określony został w CZĘŚCI A wniosku w punkcie 5 „Załączniki do wniosku” w tabeli ZAŁĄCZNIKI.			

Lp.	Warunki weryfikacji:	Warunki weryfikacji spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1.	Wnioskodawca/ podopieczny/podopieczni Wnioskodawcy spełnia(ją) wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania świadczenia.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
2.	Wniosek kompletny w dniu przyjęcia.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Data weryfikacji wniosku:		 / / r. dzień miesiąc rok
Weryfikacja formalna wniosku: <input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna			
pieczętka imienna pracownika realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku		Zatwierdził: pieczętka imienna kierownika jednostki organizacyjnej	
data, podpis:		data, podpis:	

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: / / r.
dzień miesiąc rok

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna

negatywna

Przyznana kwota jednorazowego świadczenia:

..... zł

słownie złotych:

Uzasadnienie, w przypadku decyzji odmownej:

....., dnia / / r.
miejsowość dzień miesiąc rok

Pieczętka imienna

.....
podpisy osób podejmujących decyzję

Informacja o przekazaniu jednorazowego świadczenia w ramach MODUŁU I programu na rachunek bankowy wskazany przez Wnioskodawcę

..... / / r.
dzień miesiąc rok

Pieczętka imienna

Data dokonania przelewu

.....
podpis osoby dokonującej przelewu środków