

Załącznik nr 1
do umowy nr
z dnia

Wypełnia realizator programu



Numer Wniosku:



Wniosek złożono w: _____

(pieczęć realizatora programu + pieczęć
i podpis osoby przyjmującej wniosek + data
przyjęcia/wpływu wniosku)

WNIOSEK
o przyznanie pomocy w ramach Modułu I programu
„Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym
w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych
chorobami zakaźnymi”

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 (zwanych 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.

Wniosek o przyznanie pomocy w ramach Modułu I programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

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 podkreślenie właściwej odpowiedzi (o ile z treści poleceń zawartych we wniosku nie wynika inaczej).

CZĘŚĆ A – wypełnia Wnioskodawca

KOGO DOTYCZY WNIOSEK:

Wniosek dotyczy (należy pokreślić właściwą odpowiedź/właściwe odpowiedzi, uzupełnić jeżeli wynika tak z treści polecenia):

- 1) bezpośrednio Wnioskodawcy - Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu i/lub
- 2) podopiecznego/podopiecznych Wnioskodawcy, którego/których Wnioskodawca jest:
 - a) rodzicem
 - b) opiekunem prawnym (inny niż rodzic)

Liczba podopiecznych, których dotyczy przedmiotowy wniosek (należy wpisać odpowiednią liczbę): _____

1. Informacje o Wnioskodawcy:

Dane personalne wnioskodawcy:

Imię: _____

Nazwisko: _____

PESEL (11 cyfr): _____

Data urodzenia (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): _____

Seria/numer dowodu osobistego: _____

wydany w dniu (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): _____

wydany przez: _____

Numer telefonu kontaktowego: _____

Adres e-mail (o ile dotyczy): _____

Stan prawny dotyczący niepełnosprawności wnioskodawcy (o ile dotyczy):

(Należy pokreślić jedną odpowiedź z trzech możliwych)

- 1) znaczny stopień lub orzeczenie równoważne (np. I grupa inwalidzka)

Wniosek o przyznanie pomocy w ramach Modułu I programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

2) umiarkowany stopień lub orzeczenie równoważne (np. II grupa inwalidzka)

3) lekki stopień lub orzeczenie równoważne (np. III grupa inwalidzka)

Dokument określający stan prawny dotyczący niepełnosprawności ważny jest (należy pokreślić jedną odpowiedź z dwóch możliwych/uzupełnić o ile dotyczy):

1) bezterminowo

2) okresowo, do (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): _____

2. Informacje o podopiecznym/podopiecznych Wnioskodawcy (o ile wniosek dotyczy podopiecznego/podopiecznych):

Uwaga! Jeżeli wniosek dotyczy więcej niż jednego podopiecznego informacje z zakresu **Dane personalne podopiecznego** oraz **Stan prawny dotyczący niepełnosprawności podopiecznego** należy odpowiednio powielić i uzupełnić dla każdego z podopiecznych z osobna bezpośrednio pod informacjami dotyczącymi pierwszego z podopiecznych.

Dane personalne podopiecznego:

Imię: _____

Nazwisko: _____

PESEL (11 cyfr): _____

Data urodzenia (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): _____

Pełnoletni (należy wpisać TAK lub NIE): _____

Stan prawny dotyczący niepełnosprawności podopiecznego:

(Należy pokreślić jedną odpowiedź z czterech możliwych)

1) znaczny stopień lub orzeczenie równoważne (np. I grupa inwalidzka)

2) umiarkowany stopień lub orzeczenie równoważne (np. II grupa inwalidzka)

3) lekki stopień lub orzeczenie równoważne (np. III grupa inwalidzka)

4) Orzeczenie o niepełnosprawności (wydawane do 16 roku życia)

Dokument określający stan prawny dotyczący niepełnosprawności ważny jest (należy pokreślić jedną odpowiedź z dwóch możliwych/uzupełnić o ile dotyczy):

1) bezterminowo

2) okresowo, do (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): _____

Wniosek o przyznanie pomocy w ramach Modułu I programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

3. Adres zamieszkania:

Adres zamieszkania - pobyt stały:

Kod pocztowy (zgodnie ze schematem 00-000): _____

Miejscowość: _____

Ulica: _____

Numer domu: _____

Numer mieszkania: _____

Powiat: _____

Województwo: _____

Adres do korespondencji (o ile jest inny niż podany adres zamieszkania):

Kod pocztowy (zgodnie ze schematem 00-000):

Miejscowość: _____

Ulica: _____

Numer domu: _____

Numer mieszkania: _____

Powiat: _____

Województwo: _____

Dodatkowe informacje dotyczące adresu zamieszkania (o ile dotyczy):

(Należy podać poniżej)

4. Informacje dotyczące wnioskowanej pomocy:

Uwaga! Wysokość wnioskowanej pomocy należy określić łącznie dla wszystkich osób niepełnosprawnych, których dotyczy przedmiotowy wniosek. Wysokość świadczenia przypadającego na jedną osobę niepełnosprawną w ramach Modułu I wynosi do 2.000,00 zł (słownie: dwa tysiące złotych). Pomoc w ramach Modułu I nie może przekroczyć łącznie dla wszystkich osób niepełnosprawnych zamieszkujących w danym gospodarstwie domowym, które poniosło straty w wyniku żywiołu, dwukrotności pomocy udzielonej przez organy administracji rządowej i samorządowej przekazywanej w formie zasiłku celowego.

Wniosek o przyznanie pomocy w ramach Modułu I programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

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: _____

**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:

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.

Uwaga! Decyzja o przyznaniu zasiłku celowego nie musi być wystawiona imiennie na daną osobę niepełnosprawną - ważne, żeby dotyczyła tego samego gospodarstwa domowego, co gospodarstwo, w którym mieszka osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek o udzielenie pomocy w ramach programu. Niektóre decyzje dotyczące zasiłku celowego wydawane są w oparciu o inną podstawę prawną niż wskazana powyżej - na podstawie art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, a nie na podstawie art. 40 ust. 2. Należy mieć na uwadze, że z treści tych decyzji musi wynikać, że zostały one podjęte w odniesieniu do strat poniesionych w związku z żywiołem w budynku mieszkalnym/w wyniku zdarzenia losowego, np. nawałnicy o charakterze klęski żywiołowej itp.

Wniosek o przyznanie pomocy w ramach Modułu I programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

6. Oświadczenia Wnioskodawcy:

- 1) podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania przez realizatora programu, którym w moim przypadku jest (poniżej należy wpisać nazwę i adres realizatora programu):

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim, ul. Szpitalna 4, 59-600 Lwówek Śląski

- 2) zapoznałam/zapoznałem (podkreślić właściwe) się z zasadami udzielania pomocy w ramach programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”, 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) podopieczny zamieszkuje/podopieczni zamieszkują ze mną w obrębie tego samego gospodarstwa domowego (pobyt stały)/nie dotyczy (podkreślić właściwe),
- 6) wyrażam zgodę na pozyskanie przez realizatora programu brakujących informacji niezbędnych do podjęcia decyzji o przyznaniu dofinansowania z innych urzędów.

Data podpisania wniosku (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): _____

Miejscowość: _____

(podpis Wnioskodawcy)