

3. Adres zamieszkania Wnioskodawcy/podopiecznego/podopiecznych**

ADRES ZAMIESZKANIA – POBYT STAŁY		
Kod pocztowy: <input type="text"/> - <input type="text"/>	Miejscowość:	
..... (poczta)		
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:	
..... (poczta)		
Ulica:	Nr domu:	Nr mieszkania:
Powiat:	Województwo:	

4. Informacje dotyczące wnioskowanej pomocy

WNISKOWANA POMOC	
Przeznaczenie pomocy:	Rehabilitacja społeczna osoby niepełnosprawnej poszkodowanej w wyniku żywiołu.
RAZEM WNISKOWANA 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> . 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.	

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 2019 r. poz. 1507, 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 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/podopieczni zamieszkuje/zamieszkują ze mną w obrębie tego samego gospodarstwa domowego (pobyt stały) *nie dotyczy*,
- 6) 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"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> r.
<i>miejscowość</i>	<i>dzień miesiąc rok</i>	<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.			

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

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