

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 lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” – MODUŁ II

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.

CZEŚĆ A – wypełnia Wnioskodawca, CZEŚĆ 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.

CZEŚĆ A – wypełnia Wnioskodawca

<p>Niniejszy wniosek dotyczy:</p> <p><input type="checkbox"/> bezpośrednio Wnioskodawcy – Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu i/lub</p> <p><input type="checkbox"/> podopiecznego/podopiecznych Wnioskodawcy, którego/których Wnioskodawca jest:</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> rodzicem <input type="checkbox"/> opiekunem prawnym (inny niż rodzic)</p> <p>Liczba podopiecznych, których dotyczy przedmiotowy wniosek:</p>
--

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"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Miejscowość:	
..... (poczta)	
Ulica:	Nr domu:	Nr mieszkania:
Powiat:	Województwo:	

4. Informacje dotyczące wnioskowanej pomocy

WNISKOWANA POMOC	
<p>Uwaga! Tabelę należy wypełnić oddzielnie dla każdego utraconego lub zniszczonego na skutek działania żywiołu sprzętu /urządzenia/środka pomocniczego/przedmiotu ortopedycznego. W przypadku naprawy sprzętu/urządzenia należy pamiętać, że wysokość świadczenia nie może przekroczyć 100% kosztów jej dokonania z zastrzeżeniem, że koszt naprawy nie może stanowić więcej niż 50% kosztów zakupu naprawianego sprzętu/urządzenia.</p>	
<p>Nazwa sprzętu/urządzenia/środka pomocniczego/przedmiotu ortopedycznego:</p>	
<input type="checkbox"/> w użytkowaniu przez Wnioskodawcę	<input type="checkbox"/> w użytkowaniu przez: <i>imię i nazwisko podopiecznego</i>
<p>Czy powyższy sprzęt/urządzenie/środek pomocniczy/przedmiot ortopedyczny był ubezpieczony? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>	
<p>Krótki opis poniesionej szkody:</p>	
<p>Nazwa programu i/lub zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc ze środków PFRON:</p>	
<input type="checkbox"/> program PFRON, należy podać nazwę: <input type="checkbox"/> likwidacja barier technicznych <input type="checkbox"/> likwidacja barier w komunikowaniu się <input type="checkbox"/> dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego <input type="checkbox"/> dofinansowanie przedmiotów ortopedycznych <input type="checkbox"/> dofinansowanie środków pomocniczych	
<p>Podmiot udzielający pomocy (np. Oddział PFRON w lub PCPR w lub MOPR w):</p>	
Numer umowy:	Data zawarcia umowy: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> r. <div style="text-align: center; font-size: small;"> dzień miesiąc rok </div>
Przyznana kwota pomocy (w zł):	Kwota rozliczona przez podmiot udzielający pomocy (w zł):
Kwota zakupu (w zł):	
<p>Przeznaczenie wnioskowanej pomocy:</p> <input type="checkbox"/> dofinansowanie kosztów naprawy <input type="checkbox"/> refundacja kosztów naprawy <input type="checkbox"/> rekompensata z tytułu utraty/zniszczenia	
WNISKOWANA POMOC (w zł):	
słownie złotych :	

RAZEM WNIOSKOWANA POMOC W RAMACH MODUŁU II ZE ŚRODKÓW PROGRAMU (w zł):	
słownie złotych:	
Uwaga! Należy wskazać łącznie dla wszystkich sprzętów/urządzeń/środków pomocniczych/przedmiotów ortopedycznych wykazywanych w tabelach WNIOSKOWANA POMOC.	

Informacja o rachunku bankowym, na który mają zostać przekazane środki w przypadku przyznania jednorazowego świadczenia w ramach MODUŁU II 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.	Przygotowany przez serwis kosztorys naprawy lub kopia rachunku/faktury za przeprowadzoną naprawę (<i>jedynie w przypadku naprawy</i>). Przedmiotowy załącznik należy załączyć w odniesieniu do każdego naprawianego sprzętu/urządzenia/środka pomocniczego /przedmiotu ortopedycznego wykazywanego we wniosku.
5.	W przypadku utraconego lub zniszczonego na skutek działania żywiołu sprzętu/urządzenia/środka pomocniczego /przedmiotu ortopedycznego: 1) kopia dokumentu potwierdzającego uzyskanie wsparcia ze środków PFRON np. umowa dofinansowania, refundacji, informacja od podmiotu, który udzielił pomocy w przedmiotowym zakresie, 2) kopia dowodu zakupu . Przedmiotowe załączniki należy wykazać w tabeli WNIOSKOWANA POMOC (tabela na kolejnej stronie wniosku) w odniesieniu do każdego sprzętu/urządzenia/środka pomocniczego/przedmiotu ortopedycznego.

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>miejsowość</i>	<small>dzień miesiąc rok</small>	----- <i>podpis Wnioskodawcy</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. Pieczętka imienna
miejscowość dzień miesiąc rok

.....
podpisy osób podejmujących decyzję

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

..... / / r.
dzień miesiąc rok

Pieczętka imienna

Data dokonania przelewu

.....
podpis osoby dokonującej przelewu środków

