Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Załącznik nr 1
do umowy nr ……..
z dnia …….. r.

Pomoc finansowana ze środków PFRON

Wniosek złożono w:	**Numer wniosku:**
pieczątka realizatora programu + pieczątka i podpis osoby przyjmującej wniosek + data przyjęcia/wpływu wniosku	

WNIOSEK

o przyznanie pomocy w ramach programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi" – ***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 (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: …….. .

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. (*dzień* *miesiąc* *rok*)
Dowód osobisty: seria: ☐☐☐ numer: ☐☐☐☐☐☐ wydany w dniu: ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐ r. (*dzień* *miesiąc* *rok*) przez: .....
Numer telefonu kontaktowego: .....
e-mail*: .....

* *o ile dotyczy*

Stan prawny dotyczący niepełnosprawności WNIOSKODAWCY *(o ile dotyczy)*
☐ 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)
Dokument określający stan prawny dotyczący niepełnosprawności ważny jest:
☐ bezterminowo ☐ okresowo, do: ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐ r. (*dzień* *miesiąc* *rok*)

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

DANE PERSONALNE PODOPIECZNEGO	
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 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: ☐☐ – ☐☐☐ ..... (poczta)	**Miejscowość:** .....
Ulica:	**Nr domu:** ..... **Nr mieszkania:** .....
Powiat:	**Województwo:** .....
☐ miasto do 5 tys. mieszkańców ☐ inne miasto	☐ 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: ☐☐ – ☐☐☐ ..... (poczta)	**Miejscowość:** .....
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 **należy określić łącznie dla wszystkich osób niepełnosprawnych**, których dotyczy przedmiotowy wniosek. **Wysokość świadczenia przypadającego na jedną osobę niepełnosprawną w ramach Modułu I wynosi 2000,00 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.***

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 ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐ r.	.....
miejscowość	*dzień* *miesiąc* *rok*	*podpis Wnioskodawcy*

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.	☐ TAK ☐ NIE	☐	
2.	☐ TAK ☐ NIE	☐	
3.	☐ TAK ☐ NIE	☐	
4.	☐ TAK ☐ NIE	☐	
5.	☐ TAK ☐ NIE	☐	
6.	☐ TAK ☐ NIE	☐	
7.	☐ TAK ☐ NIE	☐	
8.	☐ TAK ☐ NIE	☐	
9.	☐ TAK ☐ NIE	☐	
10.	☐ TAK ☐ NIE	☐	
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.	☐ TAK ☐ NIE	
2.	Wniosek kompletny w dniu przyjęcia.	☐ TAK ☐ NIE	
		Data weryfikacji wniosku:	..... / ..... / …… r. *dzień* *miesiąc* *rok*

Weryfikacja formalna wniosku: ☐ **pozytywna** ☐ **negatywna**

pieczątka imienna pracownika realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku *data, podpis:*	***Zatwierdził:*** *pieczątka imienna kierownika jednostki organizacyjnej* *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.
miejscowość *dzień* *miesiąc* *rok*

Pieczątka 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*	*Pieczątka imienna*
Data dokonania przelewu	..... *podpis osoby dokonującej przelewu środków*