

<b>Wniosek złożono w:</b>	<b>Numer wniosku:</b>
<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](http://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><b>Niniejszy wniosek dotyczy:</b></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>		



### 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

<b>WNISKOWANA POMOC</b>	
<p><b>Uwaga!</b> Tabelę <b>należy wypełnić oddzielnie</b> 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 <b>koszt naprawy nie może stanowić więcej niż 50% kosztów zakupu naprawianego sprzętu/urządzenia</b>.</p>	
<p><b>Nazwa sprzętu/urządzenia/środka pomocniczego/przedmiotu ortopedycznego:</b></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><b>Krótki opis poniesionej szkody:</b></p>	
<p><b>Nazwa programu i/lub zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc ze środków PFRON:</b></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><b>Podmiot udzielający pomocy (np. Oddział PFRON w .... lub PCPR w ..... lub MOPR w .....):</b></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><b>Przeznaczenie wnioskowanej pomocy:</b></p> <input type="checkbox"/> dofinansowanie kosztów naprawy <input type="checkbox"/> refundacja kosztów naprawy <input type="checkbox"/> rekompensata z tytułu utraty/zniszczenia	
<b>WNISKOWANA POMOC (w zł):</b>	
słownie złotych :	

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

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

## 5. Załączniki do wniosku

<b>ZAŁĄCZNIKI – załączyć o ile Wnioskodawca posiada</b>	
<b>Nazwa załącznika:</b>	
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) <b>kopia dokumentu potwierdzającego uzyskanie wsparcia ze środków PFRON</b> np. umowa dofinansowania, refundacji, informacja od podmiotu, który udzielił pomocy w przedmiotowym zakresie, 2) <b>kopia dowodu zakupu.</b> 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](http://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"/> r.	
..... <i>mięscowość</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	
<b>Data weryfikacji wniosku:</b>			..... / ..... / ..... r. dzień      miesiąc      rok
<b>Weryfikacja formalna wniosku:</b> <input type="checkbox"/> <b>pozytywna</b> <input type="checkbox"/> <b>negatywna</b>			
<i>pieczętka imienna pracownika realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku</i>		<b>Zatwierdził:</b> <i>pieczętka imienna kierownika jednostki organizacyjnej</i>	
<i>data, podpis:</i>		<i>data, podpis:</i>	

**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*  
*miejsowość                      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*

