

Wypełnia realizator programu



Numer Wniosku: _____



Wniosek złożono w: _____

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

WNIOSEK

o przyznanie pomocy w ramach Modułu II 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.

Uwaga! Wniosek składa się z dwóch części: A i B.

CZĘŚĆ A – wypełnia Wnioskodawca, CZĘŚĆ B - wypełnia realizator programu.

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

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

1. 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): _____

2. 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)
- 2) umiarkowany stopień lub orzeczenie równoważne (np. II grupa inwalidzka)
- 3) lekki stopień lub orzeczenie równoważne (np. III grupa inwalidzka)

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

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): _____

3. Informacje o podopiecznym/podopiecznych Wnioskodawcy (o ile wnioski 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): _____

4. Adres zamieszkania:

Adres zamieszkania - pobyt stały:

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

Miejscowość: _____

Ulica: _____

Numer domu: _____

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

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)

5. Informacje dotyczące wnioskowanej pomocy:

Uwaga! Informację należy przygotować 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. Jeżeli wniosek dotyczy więcej niż jednego sprzętu/urządzenia/środka pomocniczego/przedmiotu ortopedycznego informacje z zakresu **informacja na temat utraconego lub zniszczonego sprzętu/urządzenia/środka pomocniczego/przedmiotu ortopedycznego** należy odpowiednio powielić i uzupełnić dla każdego z nich z osobna (jeden po drugim).

Informacja na temat utraconego lub zniszczonego sprzętu/urządzenia/środka pomocniczego/przedmiotu ortopedycznego:

Nazwa sprzętu/urządzenia/środka pomocniczego/przedmiotu ortopedycznego:

W użytkowaniu przez (należy pokreślić jedną odpowiedź z dwóch możliwych/uzupełnić o ile dotyczy):

- 1) Wnioskodawcę
- 2) podopiecznego (należy podać imię i nazwisko): _____

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

Czy powyższy sprzęt/urządzenie/środek pomocniczy/przedmiot ortopedyczny był ubezpieczony? (należy wpisać TAK lub NIE): _____

Krótki opis poniesionej szkody: _____

Nazwa programu i/lub zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc ze środków PFRON (należy pokreślić jedną odpowiedź z sześciu możliwych/uzupełnić o ile dotyczy):

- 1) dofinansowanie przedmiotów ortopedycznych
- 2) dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego
- 3) dofinansowanie środków pomocniczych
- 4) likwidacja barier technicznych
- 5) likwidacja barier w komunikowaniu się
- 6) program PFRON, należy podać nazwę: _____

Jaki podmiot udzielił pomocy (należy uzupełnić np. Oddział PFRON w ... lub PCPR w ... lub MOPR w ...): _____

Szczegóły otrzymanej pomocy:

- a) Numer umowy: _____
- b) Data zawarcia umowy (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): _____
- c) Przyznana kwota pomocy (w zł): _____
- d) Kwota rozliczona przez podmiot udzielający pomocy (w zł): _____
- e) Kwota zakupu (w zł): _____

Przeznaczenie wnioskowanej aktualnie pomocy (należy pokreślić jedną odpowiedź z trzech możliwych):

- 1) dofinansowanie kosztów naprawy
- 2) refundacja kosztów naprawy
- 3) rekompensata z tytułu utraty/zniszczenia

WNIOSKOWANA POMOC (w zł): _____

słownie złotych: _____

Razem wnioskowana pomoc w ramach modułu II ze środków programu:

Uwaga! Należy wskazać łącznie dla wszystkich sprzętów/urządzeń/środków pomocniczych/ przedmiotów ortopedycznych wykazywanych w **informacjach na temat utraconego lub zniszczonego sprzętu/urządzenia/środka pomocniczego/przedmiotu ortopedycznego.**

Razem wnioskowana pomoc w ramach modułu II ze środków programu (w zł): _____

słownie złotych: _____

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

**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: _____

6. Załączniki do wniosku:

- 1) w odniesieniu do każdego naprawianego sprzętu/urządzenia/środka pomocniczego /przedmiotu ortopedycznego wykazywanego we wniosku należy przedstawić przygotowany przez serwis kosztorys naprawy lub kopię rachunku/faktury za przeprowadzoną naprawę,
- 2) w odniesieniu do każdego sprzętu/urządzenia/środka pomocniczego/przedmiotu ortopedycznego utraconego lub zniszczonego na skutek działania żywiołu, wykazywanego w przedmiotowym wniosku, należy przedstawić kopię dokumentu potwierdzającego uzyskanie wsparcia ze środków PFRON (np. kopia umowy dofinansowania/refundacji lub informacja od podmiotu, który udzielił pomocy w przedmiotowym zakresie) oraz kopię dowodu zakupu (o ile Wnioskodawca posiada).

7. 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): _____

- 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/załączników niezbędnych do podjęcia decyzji o przyznaniu dofinansowania z innych urzędów/nie dotyczy (podkreślić właściwe)

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

Miejscowość: _____

(podpis Wnioskodawcy)

CZĘŚĆ B (nieudostępniana Wnioskodawcy) - wypełnia realizator programu

1. Wizja lokalna przeprowadzona przez pracownika/pracowników realizatora programu

Uwagi: _____

Data przeprowadzenia wizji lokalnej
(zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): _____
Miejscowość: _____

(podpis Wnioskodawcy, w obecności którego przeprowadzono wizję lokalną)

(pieczętka imienna + data + podpis pracownika/podpisy pracowników realizatora programu przeprowadzających wizję lokalną)

2. Weryfikacja formalna wniosku

Weryfikacja formalna wniosku nr (numer zgodny z nadanym na pierwszej stronie wniosku): _____

Warunki weryfikacji:

- 1) Wnioskodawca/podopieczny/podopieczni/spełnia/spełniają wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania świadczenia (podkreślić właściwe) (należy wpisać TAK lub NIE): _____

Uwagi: _____

- 2) Wniosek kompletny w dniu przyjęcia (należy wpisać TAK lub NIE): _____
Uwagi, w tym ustalenia realizatora programu w zakresie brakującego załącznika/brakujących załączników (w sytuacji, kiedy dotyczy): _____

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

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

Weryfikacja formalna wniosku: pozytywna/negatywna (podkreślić właściwe)

(pieczętka imienna + data + podpis pracownika realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku)

Zatwierdził:

(pieczętka imienna + data + podpis kierownika jednostki organizacyjnej)

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): _____

3. Decyzja w sprawie dofinansowania ze środków pfron

Decyzja: pozytywna/negatywna (podkreślić właściwe)

Przyznana kwota jednorazowego świadczenia (w zł): _____

słownie złotych: _____

Uzasadnienie w przypadku decyzji odmownej: _____

(pieczętka imienne + data + podpisy osób podejmujących decyzję)

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

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

(pieczętka imienna + podpis osoby dokonującej przelewu środków)