Załącznik nr 1

do uchwały nr ……/2020

Zarządu PFRON

z dnia ……………..2020 r.

**Załącznik nr 1** do *„Kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących w 2020 roku realizatorów Modułu III oraz Modułu IV programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”*

*Wypełnia PFRON:*

|  |  |
| --- | --- |
| Zapotrzebowanie złożono:  w....................................................................................PFRON  w dniu............................................................................ | Nr sprawy: |
|  |

**ZAPOTRZEBOWANIE**

**na środki PFRON potrzebne na realizację Modułu III programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”**

Przed przystąpieniem do wypełniania zapotrzebowania należy zapoznać się z programem „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” oraz z „Kierunkami działań oraz warunkami brzegowymi obowiązującymi w 2020 roku realizatorów Modułu III oraz Modułu IV programu”.

**Informacje o programie: www.pfron.org.pl – zakładka „O Funduszu – Programy i zadania PFRON”.**

Zapotrzebowanie należy wypełnić komputerowo. Należy wypełnić poszczególne punkty wniosku lub wpisać „nie dotyczy”.

**1. Nazwa i adres Samorządu powiatowego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pełna nazwa: | | | |
|  |  |  |  |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Ulica | Nr posesji |
|  |  |  |  |
| Gmina | Powiat | Województwo | Nr kierunkowy |
|  |  |  |  |
| Nr telefonu stacjonarnego | Nr telefonu komórkowego | adres http://www | e-mail |
|  | |  | |
| REGON | | Nr identyfikacyjny NIP | |

**2. Nazwa i adres jednostki organizacyjnej Samorządu powiatowego wyznaczonej do realizacji Modułu III programu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pełna nazwa jednostki organizacyjnej Samorządu powiatowego: | | | |
|  |  |  |  |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Ulica | Nr posesji |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Gmina | Powiat | Województwo | Nr kierunkowy |
|  |  |  |  |
| Nr telefonu stacjonarnego | Nr telefonu komórkowego | adres http://www | e-mail |
|  | |  | |
| REGON | | Nr identyfikacyjny NIP | |
| Rachunek bankowy do obsługi środków PFRON przyznanych w ramach programu | | | |
|  | |  | |
| Nazwa banku | | Nr rachunku bankowego | |

3. Osoby uprawnione do reprezentowania Samorządu powiatowego i zaciągania zobowiązań finansowych

W przypadku większej liczby upoważnionych osób należy dodać kolejne wiersze.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Funkcja |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

4. Osoby upoważnione do składania wyjaśnień dotyczących zapotrzebowania

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Nr telefonu stacjonarnego (wraz kierunkowym) lub komórkowego | e-mail |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

5. Szacowana kwota na realizację Modułu III programu

Należy wskazać przewidywane potrzeby w ramach Modułu III programu. Środki PFRON na realizację Modułu III programu będą przyznane zgodnie z zasadami określonymi w programie. W sytuacji gdy kwota wnioskowana będzie niższa od kwoty wyliczonej przez PFRON, środki zostaną przekazane w wysokości wnioskowanej.

***Uwaga!*** *Pomoc dla osób niepełnosprawnych w ramach Modułu III programu udzielana jest formie dofinansowania kosztów związanych z zapewnieniem opieki w warunkach domowych. Maksymalna wysokość świadczenia udzielonego ze środków PFRON w ramach Modułu III programu wynosi* ***500 zł miesięcznie na jedną osobę niepełnosprawną,*** *z tym że okres na jaki może zostać przyznane świadczenie nie może być dłuższy niż* ***5 miesięcy****.* *W każdym z wykazanych miesięcy musi wystąpić brak możliwości korzystania z opieki w placówce rehabilitacyjnej przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych.*

***Uwaga!*** *Pomoc finansowa w ramach Modułu III programu skierowana jest do osób niepełnosprawnych, które są lub były w okresie od 9 marca 2020 roku:*

1. *uczestnikami warsztatów terapii zajęciowej;*
2. *uczestnikami środowiskowych domów samopomocy, funkcjonujących na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej;*
3. *podopiecznymi dziennych domów pomocy społecznej, funkcjonujących na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej;*
4. *podopiecznymi placówek rehabilitacyjnych, których działalność finansowana jest ze środków PFRON na podstawie art. 36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;*
5. *uczestnikami programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON i w ramach tych programów korzystają ze wsparcia udzielanego przez placówki rehabilitacyjne;*
6. *pełnoletnimi (od 18 do 25 roku życia) uczestnikami zajęć rewalidacyjno-wychowawczych organizowanych zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 kwietnia 2013 r. w sprawie warunków i sposobu organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim;*
7. *pełnoletnimi (od 18 do 24 roku życia) wychowankami specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych oraz specjalnych ośrodków wychowawczych, bądź uczniami szkół specjalnych przysposabiających do pracy funkcjonujących na podstawie ustawy Prawo oświatowe;*
8. *pełnoletnimi (od 18 do 25 roku życia) wychowankami ośrodków rehabilitacyjno-edukacyjno-wychowawczych oraz ośrodków rewalidacyjno-wychowawczych funkcjonujących na podstawie ustawy Prawo oświatowe.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przeznaczenie środków** | **Wysokość środków (w zł)** |
| **1.** | Realizacja Modułu III programu – pomoc osobom niepełnosprawnym | **zł** |
| **2.** | Obsługa realizacji programu (maksymalnie 2,5%) | **zł** |
| **RAZEM** | | **zł** |

**Uwaga!** W sytuacji, gdy samorząd powiatowy występuje także na rzecz osób niepełnosprawnych z terenu działania innego samorządu powiatowego, należy dołączyć załącznik do zapotrzebowania, obejmujący ww. tabelę, obejmującą realizację programu na terenie samorządu powiatowego, który nie będzie przystępować do realizacji programu.

6. Załączniki wymagane do zapotrzebowania

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa załącznika** | Załączono do zapotrzebowania *(przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak* ***„X”****)* | | Uzupełniono Tak/Nie | Data uzupełnienia | |
| **Tak** | **Nie** | **Wypełnia PFRON** | | | |
| 1. | Pełnomocnictwo – w przypadku, gdy zapotrzebowanie podpisane jest przez osoby upoważnione (na mocy pełnomocnictwa) do reprezentowania Wnioskodawcy. |  |  |  | |  | |
| 2. | Inne załączniki (należy wymienić jakie): |  |  |  | |  | |

**Składając niniejsze zapotrzebowanie zobowiązuję się do przystąpienia do realizacji Modułu III programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”.**

................................. dnia ......................r.

......................................................... .........................................................

*pieczątka imienna pieczątka imienna*

*podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Samorządu powiatowego i zaciągania zobowiązań finansowych*

**Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów do przedmiotowego zapotrzebowania:**

*pieczątka imienna, podpis pracownika PFRON*

*data, podpis:*