Wypełnia realizator programu

**Numer Wniosku:**

**Wniosek złożono w:**

(pieczątka realizatora programu + pieczątka   
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](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.

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

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

### 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

1. podopiecznego/podopiecznych Wnioskodawcy, którego/których Wnioskodawca jest:
2. rodzicem
3. opiekunem prawnym (inny niż rodzic)

Liczba podopiecznych, których dotyczy przedmiotowy wniosek (należy wpisać odpowiednią liczbę):

### 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)

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):

### Informacje o podopiecznym/podopiecznych Wnioskodawcy (o ile wniosek 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):

### Adres zamieszkania:

#### ADRES ZAMIESZKANIA - POBYT STAŁY:

Kod pocztowy (zgodnie ze schematem 00-000):

Miejscowość:

Ulica:

Numer domu:

Numer mieszkania:

Powiat:

Województwo:

Należy pokreślić jedną właściwą odpowiedź z trzech możliwych:

* 1. miasto do 5 tys. mieszkańców
  2. inne miasto
  3. wieś

#### 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)

### 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):

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:

1. Numer umowy:
2. Data zawarcia umowy (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok):
3. Przyznana kwota pomocy (w zł):
4. Kwota rozliczona przez podmiot udzielający pomocy (w zł):
5. 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:

#### 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:

### 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).

### 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](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 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

### 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)

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

### 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:

1. 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):

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

Weryfikacja formalna wniosku: pozytywna/negatywna (podkreślić właściwe)

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

Zatwierdził:

(pieczątka imienna + data + podpis kierownika jednostki organizacyjnej)

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

### 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:

(pieczątki 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):

(pieczątka imienna + podpis osoby dokonującej przelewu środków)