

Wniosek złożono w:	Numer wniosku:
<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 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: www.pcpr.powiatlwowecki.pl.

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:

* o ile dotyczy

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

str. 2

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:	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:	

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: -	Miejscowość: _____	
(pocztą)		
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: -	Miejscowość: _____	
(pocztą)		
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 <u>należy określić łącznie dla wszystkich osób niepełnosprawnych</u> , których dotyczy przedmiotowy wniosek. <u>Wysokość świadczenia przypadającego na jedną osobę niepełnosprawną w ramach Modułu I wynosi 2000,00 zł (słownie: dwa tysiące złotych)</u> . 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:

- 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,
- 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: www.pcpr.powiatlwowecki.pl,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu,
- 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,
- podopieczny/podopieczni zamieszkuje/zamieszkują ze mną w obrębie tego samego gospodarstwa domowego (pobyt stały) ☐ *nie dotyczy*,
- wyrażam zgodę na pozyskanie brakujących załączników do wniosku niezbędnych do podjęcia decyzji o przyznaniu dofinansowania, przez realizatora programu tj.: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lwówku Śląskim, ul. Szpitalna 4, 59-600 Lwówek Śląski z innych urzędów ☐ *nie dotyczy*

dnia - - r.	
<i>miejsowość</i>	<i>dzień miesiąc rok</i>
<i>podpis Wnioskodawcy</i>	