

Załącznik nr 1  
do umowy nr  
z dnia .....

Wypełnia realizator programu



**Numer Wniosku:**

\_\_\_\_\_



**Wniosek złożono w:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

## **WNIOSEK**

### **o przyznanie pomocy w ramach Modułu I 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.

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

**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
- 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): \_\_\_\_\_

### **1. 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)

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

- 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): \_\_\_\_\_

## **2. 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): \_\_\_\_\_

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

### 3. Adres zamieszkania:

#### Adres zamieszkania - pobyt stały:

Kod pocztowy (zgodnie ze schematem 00-000): \_\_\_\_\_

Miejscowość: \_\_\_\_\_

Ulica: \_\_\_\_\_

Numer domu: \_\_\_\_\_

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)

---

### 4. Informacje dotyczące wnioskowanej pomocy:

**Uwaga!** Wysokość wnioskowanej pomocy należy określić łącznie dla wszystkich osób niepełnosprawnych, których dotyczy przedmiotowy wniosek. Wysokość świadczenia przypadającego na jedną osobę niepełnosprawną w ramach Modułu I wynosi do 2.000,00 zł (słownie: dwa tysiące złotych). 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.

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

**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: \_\_\_\_\_

**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:**

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.

**Uwaga!** Decyzja o przyznaniu zasiłku celowego nie musi być wystawiona imiennie na daną osobę niepełnosprawną - ważne, żeby dotyczyła tego samego gospodarstwa domowego, co gospodarstwo, w którym mieszka osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek o udzielenie pomocy w ramach programu. Niektóre decyzje dotyczące zasiłku celowego wydawane są w oparciu o inną podstawę prawną niż wskazana powyżej - na podstawie art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, a nie na podstawie art. 40 ust. 2. Należy mieć na uwadze, że z treści tych decyzji musi wynikać, że zostały one podjęte w odniesieniu do strat poniesionych w związku z żywiołem w budynku mieszkalnym/w wyniku zdarzenia losowego, np. nawałnicy o charakterze klęski żywiołowej itp.

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

## 6. 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 niezbędnych do podjęcia decyzji o przyznaniu dofinansowania z innych urzędów.

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

Miejscowość: \_\_\_\_\_

---

(podpis Wnioskodawcy)

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

## **CZĘŚĆ B (nieudostępniana Wnioskodawcy) - wypełnia realizator programu**

### **1. 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: \_\_\_\_\_

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

**Weryfikacja formalna wniosku: pozytywna/negatywna (podkreślić właściwe)**

\_\_\_\_\_  
(pieczęćka imienna + data + podpis pracownika realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku)

**Zatwierdził:**

\_\_\_\_\_  
(pieczęćka imienna + data + podpis kierownika jednostki organizacyjnej)

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

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

## **2. Decyzja w sprawie dofinansowania ze środków pfron**

**Decyzja: pozytywna/negatywna (podkreślić właściwe)**

**PRYZNANA KWOTA JEDNORAZOWEGO ŚWIADCZENIA**

**(w zł):** \_\_\_\_\_

słownie złotych: \_\_\_\_\_

Uzasadnienie w przypadku decyzji odmownej: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(pieczętki imienne + data + podpisy osób podejmujących decyzję)

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

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

\_\_\_\_\_  
(pieczętka imienna + podpis osoby dokonującej przelewu środków)