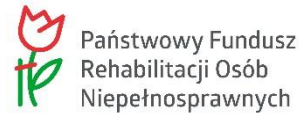


Załącznik nr 1  
do umowy nr  
z dnia

Wypełnia realizator programu

**Numer Wniosku:** .....

**Wniosek złożono w:**



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

## WNIOSEK

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

Program jest adresowany do poszkodowanych na skutek żywołu:

- 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 (zwanym 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
- 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): .....

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): .....

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

## 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): .....

### 3. 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)

.....

.....

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

#### 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 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.

#### WNISKOWANA POMOC:

**Przeznaczenie pomocy:** Rehabilitacja społeczna osoby niepełnosprawnej poszkodowanej w wyniku żywiołu.

#### RAZEM WNISKOWANA 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 (Dz. U. z 2021 r. poz. 2268, z późn. zm.).

**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)**

.....  
(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): .....

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)