Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Załącznik nr 2
do umowy nr ……..
z dnia …… r.

Pomoc finansowana ze środków PFRON

Wniosek złożono w:	**Numer wniosku:**
pieczątka realizatora programu + pieczątka i podpis osoby przyjmującej wniosek + data przyjęcia/wpływu wniosku	

WNIOSEK

o przyznanie pomocy w ramach programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi" – ***MODUŁ II***

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: …….…….. .

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: ----------

1. Informacje o Wnioskodawcy *– należy wypełnić wszystkie pola*

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY
Imię: ..... **Nazwisko:** .....
PESEL: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Data urodzenia:** ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐ r. (*dzień miesiąc rok*)
Dowód osobisty: seria: ☐☐☐ numer: ☐☐☐☐☐☐ wydany w dniu: ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐ r. (*dzień miesiąc rok*) przez: .....
Numer telefonu kontaktowego: .....
e-mail*: .....

* *o ile dotyczy*

Stan prawny dotyczący niepełnosprawności WNIOSKODAWCY *(o ile dotyczy)*
☐ 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)
Dokument określający stan prawny dotyczący niepełnosprawności ważny jest:
☐ bezterminowo ☐ okresowo, do: ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐ r. (*dzień miesiąc rok*)

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

DANE PERSONALNE PODOPIECZNEGO	
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 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:** ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐ 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

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: ☐☐ – ☐☐☐ ..... (poczta)	**Miejscowość:** .....
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: ☐☐ – ☐☐☐ ..... (poczta)	**Miejscowość:** .....
Ulica:	**Nr domu:** ..... **Nr mieszkania:** .....
Powiat:	**Województwo:** .....

4. Informacje dotyczące wnioskowanej pomocy

WNIOSKOWANA POMOC	
Uwaga! *Tabelę **należy wypełnić oddzielnie** 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**.*	
Nazwa sprzętu/urządzenia/środka pomocniczego/przedmiotu ortopedycznego:	
☐ w użytkowaniu przez Wnioskodawcę	☐ w użytkowaniu przez: ..... *imię i nazwisko podopiecznego*
Czy powyższy sprzęt/urządzenie/środek pomocniczy/przedmiot ortopedyczny był ubezpieczony?	☐ TAK ☐ NIE
Krótki opis poniesionej szkody:	
Nazwa programu i/lub zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc ze środków PFRON:	
☐ program PFRON, należy podać nazwę:	
☐ likwidacja barier technicznych	☐ likwidacja barier w komunikowaniu się
☐ dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego	☐ dofinansowanie przedmiotów ortopedycznych
☐ dofinansowanie środków pomocniczych	
Podmiot udzielający pomocy (np. Oddział PFRON w …. lub PCPR w …… lub MOPR w …..):	
Numer umowy:	Data zawarcia umowy: ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐ r. *dzień miesiąc rok*
Przyznana kwota pomocy (w zł):	Kwota rozliczona przez podmiot udzielający pomocy (w zł):
Kwota zakupu (w zł):	
Przeznaczenie wnioskowanej pomocy:	
☐ dofinansowanie kosztów naprawy	☐ refundacja kosztów naprawy ☐ rekompensata z tytułu utraty/zniszczenia
WNIOSKOWANA POMOC (w zł):	
słownie złotych :	

RAZEM WNIOSKOWANA POMOC W RAMACH MODUŁU II ZE ŚRODKÓW PROGRAMU (w zł):	
słownie złotych:	
Uwaga! *Należy wskazać łącznie dla wszystkich sprzętów/urządzeń/środków pomocniczych/przedmiotów ortopedycznych wykazywanych w tabelach WNIOSKOWANA POMOC.*	

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:

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.	Przygotowany przez serwis kosztorys naprawy lub kopia rachunku/faktury za przeprowadzoną naprawę *(jedynie w przypadku naprawy)*. Przedmiotowy załącznik należy załączyć w odniesieniu do każdego naprawianego sprzętu/urządzenia/środka pomocniczego /przedmiotu ortopedycznego wykazywanego we wniosku.
5.	W przypadku utraconego lub zniszczonego na skutek działania żywiołu sprzętu/urządzenia/środka pomocniczego /przedmiotu ortopedycznego: 1) **kopia dokumentu potwierdzającego uzyskanie wsparcia ze środków PFRON** np. umowa dofinansowania, refundacji, informacja od podmiotu, który udzielił pomocy w przedmiotowym zakresie, 2) **kopia dowodu zakupu**. Przedmiotowe załączniki należy wykazać w tabeli WNIOSKOWANA POMOC (tabela na kolejnej stronie wniosku) w odniesieniu do każdego sprzętu/urządzenia/środka pomocniczego/przedmiotu ortopedycznego.

Oświadczam, że:

1) 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,
2) 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: ……..,
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/podopieczni zamieszkuje/zamieszkują ze mną w obrębie tego samego gospodarstwa domowego (pobyt stały) ☐ *nie dotyczy*,
6) wyrażam zgodę na pozyskanie brakujących załączników do wniosku niezbędnych do podjęcia decyzji o przyznaniu dofinansowania, przez realizatora programu tj.: ……..……...…….
……..…….
(nazwa i adres realizatora programu)

   z innych urzędów ☐ *nie dotyczy*

.....	dnia ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐ r.	.....
miejscowość	*dzień* *miesiąc* *rok*	*podpis Wnioskodawcy*

CZĘŚĆ B (nieudostępniana Wnioskodawcy) – *wypełnia realizator programu*

Wizja lokalna przeprowadzona przez pracownika/pracowników realizatora programu	
Uwagi:	
....., dnia ..... /..... / ……. r. *miejscowość* *dzień* *miesiąc* *rok*	*Pieczątka imienna*
……..... *Podpis Wnioskodawcy, w obecności którego przeprowadzono wizję lokalną*	…… *Podpis pracownika/podpisy pracowników realizatora programu przeprowadzających wizję lokalną*

Weryfikacja formalna wniosku i decyzja o przyznaniu pomocy

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU NR:	.....		
ZAŁĄCZNIKI:	**Dołączono do wniosku**	**Konieczność weryfikacji przez realizatora programu**	**Ustalenia realizatora programu dotyczące załącznika**
1.	☐ TAK ☐ NIE	☐	
2.	☐ TAK ☐ NIE	☐	
3.	☐ TAK ☐ NIE	☐	
4.	☐ TAK ☐ NIE	☐	
5.	☐ TAK ☐ NIE	☐	
6.	☐ TAK ☐ NIE	☐	
7.	☐ TAK ☐ NIE	☐	
8.	☐ TAK ☐ NIE	☐	
9.	☐ TAK ☐ NIE	☐	
10.	☐ TAK ☐ NIE	☐	
Wykaz załączników określony został w CZĘŚCI A wniosku w punkcie 5 „Załączniki do wniosku” w tabeli ZAŁĄCZNIKI.			

Lp.	Warunki weryfikacji:	Warunki weryfikacji spełnione (*zaznaczyć właściwe*):	UWAGI
1.	Wnioskodawca/ podopieczny/podopieczni Wnioskodawcy spełnia(ją) wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania świadczenia.	☐ TAK ☐ NIE	
2.	Wniosek kompletny w dniu przyjęcia.	☐ TAK ☐ NIE	
		Data weryfikacji wniosku:	..... / ..... / …… r. *dzień* *miesiąc* *rok*

Weryfikacja formalna wniosku: ☐ **pozytywna** ☐ **negatywna**

pieczątka imienna pracownika realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku	***Zatwierdził:*** *pieczątka imienna kierownika jednostki organizacyjnej*
data, podpis:	*data, podpis:*

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON: ..... **/** ..... **/** …….. **r.**
dzień *miesiąc* *rok*

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

☐ **pozytywna** ☐ **negatywna**

Przyznana kwota jednorazowego świadczenia: ..... **zł**

słownie złotych:

Uzasadnienie, w przypadku decyzji odmownej: .....

.....

.....

....., dnia ..... /..... / ……. r.
miejscowość *dzień* *miesiąc* *rok*

Pieczątka imienna

.....
podpisy osób podejmujących decyzję

Informacja o przekazaniu jednorazowego świadczenia w ramach MODUŁU II programu na rachunek bankowy wskazany przez Wnioskodawcę

..... /..... / ……. r. *dzień* *miesiąc* *rok*	*Pieczątka imienna*
Data dokonania przelewu	..... *podpis osoby dokonującej przelewu środków*