







### 3. Adres zamieszkania Wnioskodawcy/podopiecznego/podopiecznych\*\*

ADRES ZAMIESZKANIA – POBYT STAŁY		
Kod pocztowy: <input type="text"/> - <input type="text"/>	Miejscowość: .....	
..... (poczta)		
Ulica: .....	Nr domu: .....	Nr mieszkania: .....
Powiat: .....	Województwo: .....	
<input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców	<input type="checkbox"/> inne miasto	<input type="checkbox"/> 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: <input type="text"/> - <input type="text"/>	Miejscowość: .....	
..... (poczta)		
Ulica: .....	Nr domu: .....	Nr mieszkania: .....
Powiat: .....	Województwo: .....	

### 4. Informacje dotyczące wnioskowanej pomocy

WNISKOWANA POMOC	
Przeznaczenie pomocy:	Rehabilitacja społeczna osoby niepełnosprawnej poszkodowanej w wyniku żywiołu.
<b>RAZEM WNISKOWANA POMOC W RAMACH MODUŁU I ZE ŚRODKÓW PROGRAMU (w zł):</b>	
słownie złotych :	
<b>Uwaga!</b> 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>	

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

<b>ZAŁĄCZNIKI – załączyć o ile Wnioskodawca posiada</b>	
<b>Nazwa załącznika:</b>	
<b>1.</b>	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.
<b>2.</b>	Kopia aktu urodzenia dziecka – w sytuacji, kiedy Wnioskodawcą jest rodzic podopiecznego/w odniesieniu do każdego podopiecznego o ile dotyczy.
<b>3.</b>	Kopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w sytuacji, kiedy Wnioskodawcą jest opiekun prawny/w odniesieniu do każdego podopiecznego o ile dotyczy.
<b>4.</b>	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 2016 r. poz. 930, z późn. zm.).

**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 w 2017 r.”, 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) przyjmuję do wiadomości, że:
  - a) moje dane osobowe oraz mojego podopiecznego/moich podopiecznych (w sytuacji, kiedy wniosek dotyczy podopiecznego/podopiecznych) przekazane przeze mnie jako uczestnika programu do realizatora programu tj.: .....
- 6) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz mojego podopiecznego/moich podopiecznych (w sytuacji, kiedy wniosek dotyczy podopiecznego/podopiecznych) przez realizatora programu tj.: .....

(nazwa i adres realizatora programu)

oraz Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu realizacji programu;

- b) dane te mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych;
- c) każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania;
- d) podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia udziału w programie,

(nazwa i adres realizatora programu)

oraz PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 w celach związanych z realizacją programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu w 2017 r.”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922),

- 7) zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania,
- 8) podopieczny/podopieczni zamieszkuje/zamieszkują ze mną w obrębie tego samego gospodarstwa domowego (pobyt stały)  *nie dotyczy*,
- 9) 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 <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> r.	
----- <i>miejscowość</i>	<small>dzień    miesiąc    rok</small>	----- <i>podpis Wnioskodawcy</i>

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

**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.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/>	
2.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/>	
3.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/>	
4.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/>	
5.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/>	
6.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/>	
7.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/>	
8.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/>	
9.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/>	
10.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/>	
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.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
2.	Wniosek kompletny w dniu przyjęcia.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Data weryfikacji wniosku:			..... / ..... / ..... r. dzień      miesiąc      rok
Weryfikacja formalna wniosku: <input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna			
pieczęćka imienna pracownika realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku		Zatwierdził: pieczęćka imienna kierownika jednostki organizacyjnej	
data, podpis:		data, podpis:	

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

