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 w 2017 r." – ***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 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 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.: ……..…….
   ……
   (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,
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 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*

..... *miejscowość*	dnia ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐ r. *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 *data, podpis:*	***Zatwierdził:*** *pieczątka imienna kierownika jednostki organizacyjnej* *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*