

<b>Wniosek złożono w:</b>  <i>pieczętka realizatora programu + pieczętka i podpis osoby przyjmującej wniosek + data przyjęcia/wpływu wniosku</i>	<b>Numer wniosku:</b>
--	-----------------------

## 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](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: [www.pcprrawicz.pl](http://www.pcprrawicz.pl) .

**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

<p><b>Niniejszy wniosek dotyczy:</b></p> <p><input type="checkbox"/> bezpośrednio Wnioskodawcy – Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu i/lub</p> <p><input type="checkbox"/> podopiecznego/podopiecznych Wnioskodawcy, którego/których Wnioskodawca jest:</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> rodzicem                      <input type="checkbox"/> opiekunem prawnym (inny niż rodzic)</p> <p>Liczba podopiecznych, których dotyczy przedmiotowy wniosek: .....</p>
--





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

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

#### 4. Informacje dotyczące wnioskowanej pomocy

<b>WNISKOWANA POMOC</b>	
<b>Uwaga!</b> Tabelę <b>należy wypełnić oddzielnie</b> 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 <b>koszt naprawy nie może stanowić więcej niż 50% kosztów zakupu naprawianego sprzętu/urządzenia</b> .	
<b>Nazwa sprzętu/urządzenia/środka pomocniczego/przedmiotu ortopedycznego:</b>	
<input type="checkbox"/> w użytkowaniu przez Wnioskodawcę	<input type="checkbox"/> w użytkowaniu przez: ..... <i>imię i nazwisko podopiecznego</i>
Czy powyższy sprzęt/urządzenie/środek pomocniczy/przedmiot ortopedyczny był ubezpieczony? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
<b>Krótki opis poniesionej szkody:</b>	
<b>Nazwa programu i/lub zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc ze środków PFRON:</b>	
<input type="checkbox"/> program PFRON, należy podać nazwę: .....	
<input type="checkbox"/> likwidacja barier technicznych	<input type="checkbox"/> likwidacja barier w komunikowaniu się
<input type="checkbox"/> dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego	<input type="checkbox"/> dofinansowanie przedmiotów ortopedycznych
<input type="checkbox"/> dofinansowanie środków pomocniczych	
<b>Podmiot udzielający pomocy (np. Oddział PFRON w .... lub PCPR w ..... lub MOPR w .....):</b>	
Numer umowy:	Data zawarcia umowy: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> r. <i>dzień miesiąc rok</i>
Przyznana kwota pomocy (w zł):	Kwota rozliczona przez podmiot udzielający pomocy (w zł):
Kwota zakupu (w zł):	
<b>Przeznaczenie wnioskowanej pomocy:</b>	
<input type="checkbox"/> dofinansowanie kosztów naprawy <input type="checkbox"/> refundacja kosztów naprawy <input type="checkbox"/> rekompensata z tytułu utraty/zniszczenia	
<b>WNISKOWANA POMOC (w zł):</b>	
słownie złotych :	

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

<b>Informacja o rachunku bankowym, na który mają zostać przekazane środki w przypadku przyznania jednorazowego świadczenia w ramach MODUŁU II programu:</b>
Dane właściciela rachunku:
Nazwa banku:
Numer rachunku:

## 5. Załączniki do wniosku

<b>ZAŁĄCZNIKI – załączyć o ile Wnioskodawca posiada</b>	
<b>Nazwa załącznika:</b>	
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 ( <i>jedynie w przypadku naprawy</i> ). 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) <b>kopia dokumentu potwierdzającego uzyskanie wsparcia ze środków PFRON</b> np. umowa dofinansowania, refundacji, informacja od podmiotu, który udzielił pomocy w przedmiotowym zakresie, 2) <b>kopia dowodu zakupu.</b> 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](http://www.pfron.org.pl) oraz na witrynie internetowej realizatora programu: [www.pcprrawicz.pl](http://www.pcprrawicz.pl),
- 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.: Powiat Rawicki / Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Rawiczu przy ul. Dworcowej 1 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. Powiat Rawicki / Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Rawiczu przy ul. Dworcowej 1 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) zostałam(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"/> r.	
..... <i>miejsowość</i>	<small>dzień    miesiąc    rok</small>	..... <i>podpis Wnioskodawcy</i>





