**Data wpływu: ……………………….**

**Nr sprawy: …………………………..**

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków programu

**„Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” – Moduł III**

***Znak „X” oznacza wybraną pozycję przez Wnioskodawcę na liście opcji możliwych do wyboru.***

|  |
| --- |
| **INFORMACJE O WNIOSKODAWCY** |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Wnioskodawca składa wniosek:** | * we własnym imieniu
* jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego
* jako rodzic/opiekun prawny pełnoletniego dziecka/pełnoletniego podopiecznego (dotyczy wyłącznie osób częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolnionych)
 |
| **Imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **ADRES KORESPONDENCYJNY** |
| * Taki sam, jak adres zamieszkania
 |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |

|  |
| --- |
| **STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY** |
| *Wypełnia Wnioskodawca, jeśli składa wniosek w imieniu własnym.* |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Stopień niepełnosprawności:** | * znaczny  umiarkowany  lekki  nie dotyczy
 |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | * bezterminowo
* okresowo – do dnia:…………………..
 |
| **Grupa inwalidzka:** | * I grupa  II grupa  III grupa  nie dotyczy
 |
| **INFORMACJE O PLACÓWCE REHABILITACYJNEJ** |
| *Wypełnia Wnioskodawca, jeśli składa wniosek w imieniu własnym.*Wnioskodawca korzysta z opieki świadczonej przez placówkę rehabilitacyjną: |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Nazwa placówki:** |  |
| **Adres placówki:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **INFORMACJE O WNIOSKOWANEJ POMOCY** |
| *Wypełnia Wnioskodawca, jeśli składa wniosek w imieniu własnym.****Uwaga!*** *Pod pojęciem „placówki rehabilitacyjnej” należy rozumieć placówkę, w której udzielane jest wsparcie osobom niepełnosprawnym świadczone w sposób ciągły (tzn. co najmniej 5 dni w tygodniu, przez co najmniej 10 miesięcy w roku).*Wnioskodawca na skutek wystąpienia sytuacji kryzysowych spowodowanych chorobami zakaźnymi utracił, w okresie od dnia 9 marca 2020 roku do dnia 4 września 2020 roku, możliwość korzystania (przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych) w danym miesiącu, za który przysługuje wsparcie z opieki świadczonej w placówce rehabilitacyjnej.***Uwaga!*** *Okres, na jaki może zostać przyznane świadczenie, nie może być dłuższy niż 3 miesiące – w każdym z wykazanych miesięcy Wnioskodawca musi spełniać ww. warunek, tj. musi wystąpić brak możliwości korzystania z opieki w placówce rehabilitacyjnej przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych.****Uwaga!*** *Świadczenie nie przysługuje za miesiąc, w którym nastąpiła wypłata dodatkowego zasiłku opiekuńczego, o którym mowa**w art. 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.***Wnioskowany okres przyznania świadczenia:*** 1 miesiąc  2 miesiące  3 miesiące
 |

|  |
| --- |
| **PODOPIECZNY Nr 1****DANE PODOPIECZNEGO** |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA PODOPIECZNEGO** |
| * Taki sam, jak adres zamieszkania Wnioskodawcy
 |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |

|  |
| --- |
| **STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO** |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Czy podopieczny jest pełnoletni?** | * Tak  Nie
 |
| **Stopień niepełnosprawności:** | * znaczny  umiarkowany  lekki
* orzeczenie o niepełnosprawności (do 16 roku życia)
* nie dotyczy
 |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | * bezterminowo
* okresowo – do dnia:…………………..
 |
| **Grupa inwalidzka:** | * I grupa  II grupa  III grupa  nie dotyczy
 |
| **INFORMACJE O PLACÓWCE REHABILITACYJNEJ PODOPIECZNEGO** |
| Podopieczny korzysta z opieki świadczonej przez placówkę rehabilitacyjną: |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Nazwa placówki:** |  |
| **Adres placówki:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **INFORMACJE O WNIOSKOWANEJ POMOCY DLA PODOPIECZNEGO** |
| *Uwaga! Pod pojęciem „placówki rehabilitacyjnej” należy rozumieć placówkę, w której udzielane jest wsparcie osobom niepełnosprawnym świadczone w sposób ciągły (tzn. co najmniej 5 dni w tygodniu, przez co najmniej 10 miesięcy w roku).*Podopieczny na skutek wystąpienia sytuacji kryzysowych spowodowanych chorobami zakaźnymi utracił, w okresie od dnia9 marca 2020 roku do dnia 4 września 2020 roku, możliwość korzystania (przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych) w danym miesiącu, za który przysługuje wsparcie z opieki świadczonej w placówce rehabilitacyjne.***Uwaga!*** *Okres, na jaki może zostać przyznane świadczenie, nie może być dłuższy niż 3 miesiące – w każdym z wykazanych miesięcy Wnioskodawca musi spełniać ww. warunek, tj. musi wystąpić brak możliwości korzystania z opieki w placówce rehabilitacyjnej przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych.****Uwaga!*** *Świadczenie nie przysługuje za miesiąc, w którym nastąpiła wypłata dodatkowego zasiłku opiekuńczego, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.***Wnioskowany okres przyznania świadczenia:*** 1 miesiąc  2 miesiące  3 miesiące
 |

|  |
| --- |
| **PODOPIECZNY Nr 2****DANE PODOPIECZNEGO** |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA PODOPIECZNEGO** |
| * Taki sam, jak adres zamieszkania Wnioskodawcy
 |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |

|  |
| --- |
| **STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO** |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Czy podopieczny jest pełnoletni?** | * Tak  Nie
 |
| **Stopień niepełnosprawności:** | * znaczny  umiarkowany  lekki
* orzeczenie o niepełnosprawności (do 16 roku życia)
* nie dotyczy
 |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | * bezterminowo
* okresowo – do dnia:…………………..
 |
| **Grupa inwalidzka:** | * I grupa  II grupa  III grupa  nie dotyczy
 |
| **INFORMACJE O PLACÓWCE REHABILITACYJNEJ PODOPIECZNEGO** |
| * Taki sam, jak adres placówki przy Podopiecznym nr 1

Podopieczny korzysta z opieki świadczonej przez placówkę rehabilitacyjną: |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Nazwa placówki:** |  |
| **Adres placówki:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **INFORMACJE O WNIOSKOWANEJ POMOCY DLA PODOPIECZNEGO** |
| ***Uwaga!*** *Pod pojęciem „placówki rehabilitacyjnej” należy rozumieć placówkę, w której udzielane jest wsparcie osobom niepełnosprawnym świadczone w sposób ciągły (tzn. co najmniej 5 dni w tygodniu, przez co najmniej 10 miesięcy w roku).*Podopieczny na skutek wystąpienia sytuacji kryzysowych spowodowanych chorobami zakaźnymi utracił, w okresie od dnia9 marca 2020 roku do dnia 4 września 2020 roku, możliwość korzystania (przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych) w danym miesiącu, za który przysługuje wsparcie z opieki świadczonej w placówce rehabilitacyjne.***Uwaga!*** *Okres, na jaki może zostać przyznane świadczenie, nie może być dłuższy niż 3 miesiące – w każdym z wykazanych miesięcy Wnioskodawca musi spełniać ww. warunek, tj. musi wystąpić brak możliwości korzystania z opieki w placówce rehabilitacyjnej przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych.****Uwaga!*** *Świadczenie nie przysługuje za miesiąc, w którym nastąpiła wypłata dodatkowego zasiłku opiekuńczego, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.***Wnioskowany okres przyznania świadczenia:*** 1 miesiąc  2 miesiące  3 miesiące
 |

|  |
| --- |
| **PODOPIECZNY Nr 3****DANE PODOPIECZNEGO** |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA PODOPIECZNEGO** |
| * Taki sam, jak adres zamieszkania Wnioskodawcy
 |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |

|  |
| --- |
| **STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO** |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Czy podopieczny jest pełnoletni?** | * Tak  Nie
 |
| **Stopień niepełnosprawności:** | * znaczny  umiarkowany  lekki
* orzeczenie o niepełnosprawności (do 16 roku życia)
* nie dotyczy
 |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | * bezterminowo
* okresowo – do dnia:…………………..
 |
| **Grupa inwalidzka:** | * I grupa  II grupa  III grupa  nie dotyczy
 |
| **INFORMACJE O PLACÓWCE REHABILITACYJNEJ PODOPIECZNEGO** |
| * Taki sam, jak adres placówki przy Podopiecznym nr 1

Podopieczny korzysta z opieki świadczonej przez placówkę rehabilitacyjną: |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Nazwa placówki:** |  |
| **Adres placówki:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **INFORMACJE O WNIOSKOWANEJ POMOCY DLA PODOPIECZNEGO** |
| *Uwaga! Pod pojęciem „placówki rehabilitacyjnej” należy rozumieć placówkę, w której udzielane jest wsparcie osobom niepełnosprawnym świadczone w sposób ciągły (tzn. co najmniej 5 dni w tygodniu, przez co najmniej 10 miesięcy w roku).*Podopieczny na skutek wystąpienia sytuacji kryzysowych spowodowanych chorobami zakaźnymi utracił, w okresie od dnia9 marca 2020 roku do dnia 4 września 2020 roku, możliwość korzystania (przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych) w danym miesiącu, za który przysługuje wsparcie z opieki świadczonej w placówce rehabilitacyjne.***Uwaga!*** *Okres, na jaki może zostać przyznane świadczenie, nie może być dłuższy niż 3 miesiące – w każdym z wykazanych miesięcy Wnioskodawca musi spełniać ww. warunek, tj. musi wystąpić brak możliwości korzystania z opieki w placówce rehabilitacyjnej przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych.****Uwaga!*** *Świadczenie nie przysługuje za miesiąc, w którym nastąpiła wypłata dodatkowego zasiłku opiekuńczego, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.***Wnioskowany okres przyznania świadczenia:*** 1 miesiąc  2 miesiące  3 miesiące
 |

|  |
| --- |
| **PODOPIECZNY Nr 4****DANE PODOPIECZNEGO** |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA PODOPIECZNEGO** |
| * Taki sam, jak adres zamieszkania Wnioskodawcy
 |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |

|  |
| --- |
| **STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO** |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Czy podopieczny jest pełnoletni?** | * Tak  Nie
 |
| **Stopień niepełnosprawności:** | * znaczny  umiarkowany lekki
* orzeczenie o niepełnosprawności (do 16 roku życia)
* nie dotyczy
 |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | * bezterminowo
* okresowo – do dnia:…………………..
 |
| **Grupa inwalidzka:** | * I grupa  II grupa  III grupa  nie dotyczy
 |
| **INFORMACJE O PLACÓWCE REHABILITACYJNEJ PODOPIECZNEGO** |
| * Taki sam, jak adres placówki przy Podopiecznym nr 1

Podopieczny korzysta z opieki świadczonej przez placówkę rehabilitacyjną: |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Nazwa placówki:** |  |
| **Adres placówki:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **INFORMACJE O WNIOSKOWANEJ POMOCY DLA PODOPIECZNEGO** |
| *Uwaga! Pod pojęciem „placówki rehabilitacyjnej” należy rozumieć placówkę, w której udzielane jest wsparcie osobom niepełnosprawnym świadczone w sposób ciągły (tzn. co najmniej 5 dni w tygodniu, przez co najmniej 10 miesięcy w roku).*Podopieczny na skutek wystąpienia sytuacji kryzysowych spowodowanych chorobami zakaźnymi utracił, w okresie od dnia9 marca 2020 roku do dnia 4 września 2020 roku, możliwość korzystania (przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych) w danym miesiącu, za który przysługuje wsparcie z opieki świadczonej w placówce rehabilitacyjne.***Uwaga!*** *Okres, na jaki może zostać przyznane świadczenie, nie może być dłuższy niż 3 miesiące – w każdym z wykazanych miesięcy Wnioskodawca musi spełniać ww. warunek, tj. musi wystąpić brak możliwości korzystania z opieki w placówce rehabilitacyjnej przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych.****Uwaga!*** *Świadczenie nie przysługuje za miesiąc, w którym nastąpiła wypłata dodatkowego zasiłku opiekuńczego, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.***Wnioskowany okres przyznania świadczenia:*** 1 miesiąc  2 miesiące  3 miesiące
 |

|  |
| --- |
| **PODOPIECZNY Nr 5****DANE PODOPIECZNEGO** |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA PODOPIECZNEGO** |
| * Taki sam, jak adres zamieszkania Wnioskodawcy
 |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |

|  |
| --- |
| **STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO** |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Czy podopieczny jest pełnoletni?** | * Tak  Nie
 |
| **Stopień niepełnosprawności:** | * znaczny  umiarkowany  lekki
* orzeczenie o niepełnosprawności (do 16 roku życia)
* nie dotyczy
 |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | * bezterminowo
* okresowo – do dnia:…………………..
 |
| **Grupa inwalidzka:** | * I grupa  II grupa  III grupa  nie dotyczy
 |
| **INFORMACJE O PLACÓWCE REHABILITACYJNEJ PODOPIECZNEGO** |
| * Taki sam, jak adres placówki przy Podopiecznym nr 1

Podopieczny korzysta z opieki świadczonej przez placówkę rehabilitacyjną: |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Nazwa placówki:** |  |
| **Adres placówki:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **INFORMACJE O WNIOSKOWANEJ POMOCY DLA PODOPIECZNEGO** |
| *Uwaga! Pod pojęciem „placówki rehabilitacyjnej” należy rozumieć placówkę, w której udzielane jest wsparcie osobom niepełnosprawnym świadczone w sposób ciągły (tzn. co najmniej 5 dni w tygodniu, przez co najmniej 10 miesięcy w roku).*Podopieczny na skutek wystąpienia sytuacji kryzysowych spowodowanych chorobami zakaźnymi utracił, w okresie od dnia9 marca 2020 roku do dnia 4 września 2020 roku, możliwość korzystania (przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych) w danym miesiącu, za który przysługuje wsparcie z opieki świadczonej w placówce rehabilitacyjne.***Uwaga!*** *Okres, na jaki może zostać przyznane świadczenie, nie może być dłuższy niż 3 miesiące – w każdym z wykazanych miesięcy Wnioskodawca musi spełniać ww. warunek, tj. musi wystąpić brak możliwości korzystania z opieki w placówce rehabilitacyjnej przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych.****Uwaga!*** *Świadczenie nie przysługuje za miesiąc, w którym nastąpiła wypłata dodatkowego zasiłku opiekuńczego, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.***Wnioskowany okres przyznania świadczenia:*** 1 miesiąc  2 miesiące  3 miesiące
 |

|  |
| --- |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEJ POMOCY FINANSOWEJ** |
| Wysokość wnioskowanej pomocy w ramach Modułu III programu **zł** |
| ***Uwaga!*** *Maksymalna wysokość świadczenia udzielonego Adresatowi programu ze środków PFRON w ramach Modułu III programu wynosi* ***500 zł miesięcznie na jedną osobę niepełnosprawną****, z tym że okres, na jaki może zostać przyznane świadczenie, nie może być dłuższy niż* ***3 miesiące****. Wysokość wnioskowanej pomocy należy określić* ***łącznie dla wszystkich osób niepełnosprawnych****, których dotyczy przedmiotowy wniosek.****Uwaga!*** *W każdym z wykazanych we wniosku miesięcy musi wystąpić brak możliwości korzystania z opieki w placówce rehabilitacyjnej przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych.****Uwaga!*** *Świadczenie nie przysługuje za miesiąc, w którym nastąpiła wypłata dodatkowego zasiłku opiekuńczego, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.* |

**DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY**

Forma przekazania środków finansowych:

* przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę
* w kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)

***Uwaga!*** *Z powodu sytuacji epidemiologicznej wybór formy przekazania środków finansowych w kasie lub przekazem pocztowym dopuszczalny jest jedynie w sytuacji, w której Wnioskodawca nie posiada rachunku bankowego.*

**Informacja o rachunku bankowym, na który mają zostać przekazane środki w przypadku przyznania świadczenia w ramach Modułu III programu:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa pola** | **Zawartość** |
| **Dane właściciela rachunku:** |  |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Numer rachunku bankowego:** |  |

**Oświadczam, że:**

# 1) Adresaci programu wymienieni we wniosku, nie otrzymali na podstawie odrębnych wniosków (o przyznanie świadczenia w ramach Modułu III programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”) pomocy finansowej udzielonej w formie dofinansowania kosztów związanych z zapewnieniem opieki

w warunkach domowych.

* 2) W miesiącach, które obejmuje niniejszy wniosek, nie nastąpiła wypłata dodatkowego zasiłku opiekuńczego, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.
* 3) Informacje podane we wniosku są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.

*Osoba niemogąca pisać może złożyć oświadczenie woli w formie pisemnej w ten sposób, że uczyni na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku osoba przez nią upoważniona wypisze jej imię i nazwisko oraz złoży swój podpis, albo w ten sposób, że zamiast składającego oświadczenie podpisze się osoba przez niego upoważniona, a jej podpis będzie poświadczony przez notariusza, wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że został złożony na życzenie osoby niemogącej pisać.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Data i podpis pracownika prowadzącego sprawę:* | *Data, pieczątka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:* |
|  |  |

## Adresatami programu są:

**Informacje o programie**

* 1. osoby niepełnosprawne posiadające aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenie równoważne),
	2. dzieci i młodzież niepełnosprawna posiadająca aktualne orzeczenie o niepełnosprawności, wydane przed ukończeniem 16 roku życia.

**Uwaga!** W imieniu osób niepełnoletnich oraz ubezwłasnowolnionych częściowo lub całkowicie – zwanych dalej „podopiecznymi” – występują opiekunowie prawni tych osób.

W ramach Modułu III programu udzielana jest pomoc finansowa dla osób niepełnosprawnych, które na skutek wystąpienia sytuacji kryzysowych spowodowanych chorobami zakaźnymi utraciły, w okresie od dnia **9 marca 2020 roku do dnia 4 września 2020 roku**, możliwość korzystania (przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych) w danym miesiącu, za który przysługuje wsparcie z opieki świadczonej w placówce rehabilitacyjnej.

## Pomoc finansowa udzielana jest w formie dofinansowania kosztów związanych z zapewnieniem opieki w warunkach domowych.

Maksymalna wysokość świadczenia udzielonego ze środków PFRON w ramach Modułu III programu wynosi **500 zł miesięcznie na jedną osobę niepełnosprawną**, z tym że okres na jaki może zostać przyznane świadczenie nie może być dłuższy niż **3 miesiące**. W każdym z wykazanych we wniosku miesięcy musi wystąpić brak możliwości korzystania z opieki w placówce rehabilitacyjnej przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych.

Pod pojęciem „placówki rehabilitacyjnej” należy rozumieć placówkę, w której udzielane jest wsparcie osobom niepełnosprawnym świadczone w sposób ciągły (tzn. co najmniej 5 dni w tygodniu, przez co najmniej 10 miesięcy w roku).

## Uwaga! Pomoc finansowa w ramach Modułu III programu skierowana jest do osób niepełnosprawnych, które są:

1. uczestnikami warsztatów terapii zajęciowej;
2. uczestnikami środowiskowych domów samopomocy, funkcjonujących na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej;
3. podopiecznymi dziennych domów pomocy społecznej, funkcjonujących na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej;
4. podopiecznymi placówek rehabilitacyjnych, których działalność finansowana jest ze środków PFRON na podstawie art. 36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
5. uczestnikami programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorcza PFRON i w ramach tych programów korzystają ze wsparcia udzielanego przez placówki rehabilitacyjne;
6. pełnoletnimi (od 18 do 25 roku życia) uczestnikami zajęć rewalidacyjno-wychowawczych organizowanych zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 kwietnia 2013 r. w sprawie warunków i sposobu organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim;
7. pełnoletnimi (od 18 do 24 roku życia) wychowankami specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych oraz specjalnych ośrodków wychowawczych, funkcjonujących na podstawie ustawy Prawo oświatowe.

## Informacje o programie[: www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl/) – zakładka „O Funduszu – Programy i zadania PFRON”.

Należy wypełnić poszczególne punkty wniosku lub wpisać „nie dotyczy”.

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

1. Kserokopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego;

(dotyczy to również orzeczeń wydanych przez lekarza orzecznika ZUS lub KRUS)

1. Kserokopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności w przypadku dzieci do 16 roku życia;
2. Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych (druk w załączeniu).