

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:	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:.....
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> 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 16 listopada 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 5 miesięcy – 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 4 miesiące 5 miesięcy**PODOPIECZNY
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?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności (do 16 roku życia) <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:.....
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> 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 dnia 9 marca 2020 roku do dnia 16 listopada 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 5 miesięcy – w każdym z wykazanych miesięcy Podopieczny 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 4 miesiące 5 miesięcy**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 **5 miesięcy**. 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/
 przelew na konto osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę

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, pieczęćka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:

Informacje o programie**Adresatami programu są:**

- osoby niepełnosprawne posiadające aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenie równoważne),
 - 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 16 listopada 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 **5 miesięcy**. 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 lub były w okresie od 9 marca 2020 roku:

- uczestnikami warsztatów terapii zajęciowej;
- uczestnikami środowiskowych domów samopomocy, funkcjonujących na podstawie przepisów ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507, z późn. zm.);
- podopiecznymi dziennych domów pomocy społecznej, funkcjonujących na podstawie przepisów ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507, z późn. zm.);
- podopiecznymi placówek rehabilitacyjnych, których działalność finansowana jest ze środków PFRON na podstawie art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn. zm.);
- uczestnikami programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON i w ramach tych programów korzystają ze wsparcia udzielanego przez placówki rehabilitacyjne;
- 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 (Dz. U. z 2013 r. poz. 529);
- pełnoletnimi (od 18 do 24 roku życia) wychowanekami specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych oraz specjalnych ośrodków wychowawczych, bądź uczniami szkół specjalnych przysposabiających do pracy funkcjonujących na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2020 r. poz. 910);
- pełnoletnimi (od 18 do 25 roku życia) wychowanekami ośrodków rehabilitacyjno-edukacyjno-wychowawczych oraz ośrodków rewalidacyjno-wychowawczych funkcjonujących na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2020 r. poz. 910).

Informacje o programie: www.pfron.org.pl – zakładka „O Funduszu – Programy i zadania PFRON”.

KLAUZULA INFORMACYJNA
do oświadczenia o przetwarzaniu danych osobowych

Na podstawie art. 13 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwane dalej RODO, informuję Pana, że:

Administratorem Pani/a Danych jest: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
z siedzibą: ul. Gen. Józefa Bema 16a 11-600 Węgorzewo
reprezentowane przez Dyrektora

Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych oraz udostępnia jego dane kontaktowe:

Pani Kinga Oklińska
e-mail: oklinska@togatus.pl

Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu: realizacji obowiązku wynikającego z przepisu prawa

Podstawą do przetwarzania Pani/a danych osobowych są:

przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r o rehabilitacji społecznej, zawodowej i zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w związku z art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO.

Informacja o przekazywaniu danych do innych podmiotów:

Pani/a dane nie będą przekazywane innym podmiotom niewymienionym w przepisach prawa.

Okres przechowywania danych:

Pani/a dane będą przechowywane przez okres 10 lat od daty zakończenia sprawy zgodnie z przepisami o archiwizacji

Ma Pan/i prawo do:

1. dostępu do swoich danych oraz możliwość ich sprostowania, uzupełniania, uaktualniania
2. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
3. przenoszenia danych,
4. wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych

Podanie przez Pana/ą dane jest:

Obowiązkiem ustawowym oraz niezbędne do uzyskania dofinansowania

Pani/a dane:

nie podlegają zautomatyzowanemu systemowi podejmowania decyzji oraz profilowaniu.

Informację otrzymałam/-em:

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis wnioskodawcy)