

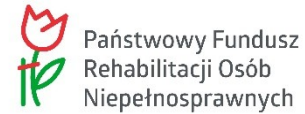
Wniosek o przyznanie pomocy w ramach Modułu II programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

Wypełnia realizator programu



**Numer Wniosku:**

\_\_\_\_\_



**Wniosek złożono w:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(pieczętka realizatora programu + pieczętka i podpis osoby przyjmującej wniosek + data przyjęcia/wpływu wniosku)

## WNIOSEK

### **o przyznanie pomocy w ramach Modułu II programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”**

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 (zwanym 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.

**Uwaga!** Wniosek składa się z dwóch części: A i B.

CZĘŚĆ A – wypełnia Wnioskodawca, CZĘŚĆ B - wypełnia realizator programu.

Wniosek o przyznanie pomocy w ramach Modułu II programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki poprzez wpisanie odpowiednich informacji lub podkreślenie właściwej odpowiedzi (o ile z treści poleceń zawartych we wniosku nie wynika inaczej).

## **CZĘŚĆ A – wypełnia Wnioskodawca**

### **1. Kogo dotyczy wniosek:**

Wniosek dotyczy (należy pokreślić właściwą odpowiedź/właściwe odpowiedzi, uzupełnić jeżeli wynika tak z treści polecenia):

- 1) bezpośrednio Wnioskodawcy - Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu i/lub
- 2) podopiecznego/podopiecznych Wnioskodawcy, którego/których Wnioskodawca jest:
  - a) rodzicem
  - b) opiekunem prawnym (inny niż rodzic)

Liczba podopiecznych, których dotyczy przedmiotowy wniosek (należy wpisać odpowiednią liczbę): \_\_\_\_\_

### **2. Informacje o Wnioskodawcy:**

#### **Dane personalne wnioskodawcy:**

Imię: \_\_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL (11 cyfr): \_\_\_\_\_

Data urodzenia (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): \_\_\_\_\_

Seria/numer dowodu osobistego: \_\_\_\_\_

wydany w dniu (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): \_\_\_\_\_

wydany przez: \_\_\_\_\_

Numer telefonu kontaktowego: \_\_\_\_\_

Adres e-mail (o ile dotyczy): \_\_\_\_\_

#### **Stan prawny dotyczący niepełnosprawności wnioskodawcy (o ile dotyczy):**

(Należy pokreślić jedną odpowiedź z trzech możliwych)

- 1) znaczny stopień lub orzeczenie równoważne (np. I grupa inwalidzka)
- 2) umiarkowany stopień lub orzeczenie równoważne (np. II grupa inwalidzka)
- 3) lekki stopień lub orzeczenie równoważne (np. III grupa inwalidzka)

Wniosek o przyznanie pomocy w ramach Modułu II programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

Dokument określający stan prawny dotyczący niepełnosprawności ważny jest (należy pokreślić jedną odpowiedź z dwóch możliwych/uzupełnić o ile dotyczy):

- 1) bezterminowo
- 2) okresowo, do (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): \_\_\_\_\_

**3. Informacje o podopiecznym/podopiecznych Wnioskodawcy (o ile wniosek dotyczy podopiecznego/podopiecznych):**

**Uwaga!** Jeżeli wniosek dotyczy więcej niż jednego podopiecznego informacje z zakresu **Dane personalne podopiecznego** oraz **Stan prawny dotyczący niepełnosprawności podopiecznego** należy odpowiednio powielić i uzupełnić dla każdego z podopiecznych z osobna bezpośrednio pod informacjami dotyczącymi pierwszego z podopiecznych.

**Dane personalne podopiecznego:**

Imię: \_\_\_\_\_

Nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL (11 cyfr): \_\_\_\_\_

Data urodzenia (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): \_\_\_\_\_

Pełnoletni (należy wpisać TAK lub NIE): \_\_\_\_\_

**Stan prawny dotyczący niepełnosprawności podopiecznego:**

(Należy pokreślić jedną odpowiedź z czterech możliwych)

- 1) znaczny stopień lub orzeczenie równoważne (np. I grupa inwalidzka)
- 2) umiarkowany stopień lub orzeczenie równoważne (np. II grupa inwalidzka)
- 3) lekki stopień lub orzeczenie równoważne (np. III grupa inwalidzka)
- 4) ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wydawane do 16 roku życia)

Dokument określający stan prawny dotyczący niepełnosprawności ważny jest (należy pokreślić jedną odpowiedź z dwóch możliwych/uzupełnić o ile dotyczy):

- 1) bezterminowo
- 2) okresowo, do (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): \_\_\_\_\_

**4. Adres zamieszkania:**

**Adres zamieszkania - pobyt stały:**

Kod pocztowy (zgodnie ze schematem 00-000): \_\_\_\_\_

Miejscowość: \_\_\_\_\_

Ulica: \_\_\_\_\_

Numer domu: \_\_\_\_\_

Wniosek o przyznanie pomocy w ramach Modułu II programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

Numer mieszkania: \_\_\_\_\_

Powiat: \_\_\_\_\_

Województwo: \_\_\_\_\_

**Adres do korespondencji (o ile jest inny niż podany adres zamieszkania):**

Kod pocztowy (zgodnie ze schematem 00-000):

Miejscowość: \_\_\_\_\_

Ulica: \_\_\_\_\_

Numer domu: \_\_\_\_\_

Numer mieszkania: \_\_\_\_\_

Powiat: \_\_\_\_\_

Województwo: \_\_\_\_\_

**Dodatkowe informacje dotyczące adresu zamieszkania (o ile dotyczy):**

(Należy podać poniżej)

---

**5. Informacje dotyczące wnioskowanej pomocy:**

**Uwaga!** Informację należy przygotować 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. Jeżeli wniosek dotyczy więcej niż jednego sprzętu/urządzenia/środka pomocniczego/przedmiotu ortopedycznego informacje z zakresu **informacja na temat utraconego lub zniszczonego sprzętu/urządzenia/środka pomocniczego/przedmiotu ortopedycznego** należy odpowiednio powielić i uzupełnić dla każdego z nich z osobna (jeden po drugim).

**Informacja na temat utraconego lub zniszczonego sprzętu/urządzenia/środka pomocniczego/przedmiotu ortopedycznego:**

Nazwa sprzętu/urządzenia/środka pomocniczego/przedmiotu ortopedycznego:

---

W użytkowaniu przez (należy pokreślić jedną odpowiedź z dwóch możliwych/uzupełnić o ile dotyczy):

1) Wnioskodawcę

2) podopiecznego (należy podać imię i nazwisko): \_\_\_\_\_

Wniosek o przyznanie pomocy w ramach Modułu II programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

Czy powyższy sprzęt/urządzenie/środek pomocniczy/przedmiot ortopedyczny był ubezpieczony? (należy wpisać TAK lub NIE): \_\_\_\_\_

Krótki opis poniesionej szkody: \_\_\_\_\_

Nazwa programu i/lub zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc ze środków PFRON (należy pokreślić jedną odpowiedź z sześciu możliwych/uzupełnić o ile dotyczy):

- 1) dofinansowanie przedmiotów ortopedycznych
- 2) dofinansowanie sprzętu rehabilitacyjnego
- 3) dofinansowanie środków pomocniczych
- 4) likwidacja barier technicznych
- 5) likwidacja barier w komunikowaniu się
- 6) program PFRON, należy podać nazwę: \_\_\_\_\_

Jaki podmiot udzielił pomocy (należy uzupełnić np. Oddział PFRON w ... lub PCPR w ... lub MOPR w ...): \_\_\_\_\_

Szczegóły otrzymanej pomocy:

- a) Numer umowy: \_\_\_\_\_
- b) Data zawarcia umowy (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): \_\_\_\_\_
- c) Przyznana kwota pomocy (w zł): \_\_\_\_\_
- d) Kwota rozliczona przez podmiot udzielający pomocy (w zł): \_\_\_\_\_
- e) Kwota zakupu (w zł): \_\_\_\_\_

Przeznaczenie wnioskowanej aktualnie pomocy (należy pokreślić jedną odpowiedź z trzech możliwych):

- 1) dofinansowanie kosztów naprawy
- 2) refundacja kosztów naprawy
- 3) rekompensata z tytułu utraty/zniszczenia

WNIOSKOWANA POMOC (w zł): \_\_\_\_\_

słownie złotych: \_\_\_\_\_

**Razem wnioskowana pomoc w ramach modułu II ze środków programu:**

**Uwaga!** Należy wskazać łącznie dla wszystkich sprzętów/urządzeń/środków pomocniczych/ przedmiotów ortopedycznych wykazywanych w **informacjach na temat utraconego lub zniszczonego sprzętu/urządzenia/środka pomocniczego/przedmiotu ortopedycznego.**

Razem wnioskowana pomoc w ramach modułu II ze środków programu (w zł): \_\_\_\_\_

słownie złotych: \_\_\_\_\_

Wniosek o przyznanie pomocy w ramach Modułu II programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

**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: \_\_\_\_\_

## **6. Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,
2. w odniesieniu do każdego naprawianego sprzętu/urządzenia/środka pomocniczego /przedmiotu ortopedycznego wykazywanego we wniosku należy przedstawić przygotowany przez serwis kosztorys naprawy lub kopię rachunku/faktury za przeprowadzoną naprawę,
3. w odniesieniu do każdego sprzętu/urządzenia/środka pomocniczego/przedmiotu ortopedycznego utraconego lub zniszczonego na skutek działania żywiołu, wykazywanego w przedmiotowym wniosku, należy przedstawić kopię dokumentu potwierdzającego uzyskanie wsparcia ze środków PFRON (np. kopia umowy dofinansowania/refundacji lub informacja od podmiotu, który udzielił pomocy w przedmiotowym zakresie) oraz kopię dowodu zakupu (o ile Wnioskodawca posiada).
4. dowód osobisty do wglądu.

Wniosek o przyznanie pomocy w ramach Modułu II programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

## 7. Oświadczenia Wnioskodawcy:

- 1) podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania przez realizatora programu, którym w moim przypadku jest (poniżej należy wpisać nazwę i adres realizatora programu): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 2) zapoznałam/zapoznałem (podkreślić właściwe) się z zasadami udzielania pomocy w ramach programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”, 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) podopieczny zamieszkuje/podopieczni zamieszkują ze mną w obrębie tego samego gospodarstwa domowego (pobyt stały)/nie dotyczy (podkreślić właściwe),
- 6) wyrażam zgodę na pozyskanie przez realizatora programu brakujących informacji/załączników niezbędnych do podjęcia decyzji o przyznaniu dofinansowania z innych urzędów/nie dotyczy (podkreślić właściwe)

Data podpisania wniosku (zgodnie ze schematem dzień/miesiąc/rok): \_\_\_\_\_

Miejscowość: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(podpis Wnioskodawcy)

**Obowiązek Informacyjny**

Wniosek o przyznanie pomocy w ramach Modułu II programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

**na podstawie art.13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia o ochronie danych osobowych (UE) 2016/679**

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Jeleniej Górze al. Jana Pawła II nr 7.**
2. W sprawach związanych z Pana/i danymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, e-mail [biuro@msvs.com.pl](mailto:biuro@msvs.com.pl)
3. Państwa dane będą przetwarzane do celów **związanych z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO w oparciu o zapisy ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.**
4. *Podanie przez Panią/Pana danych wynika z przepisów powszechnie obowiązującego prawa i jest niezbędne w celu rozpatrzenia wniosku, udzielenia środków na podstawie umowy, wypłacenia środków, ich rozliczenia, kontrolowania prawidłowości realizacji umowy oraz zabezpieczenia zwrotu środków, a także kontroli zgodności tych czynności z przepisami prawa.*
5. Dane mogą być udostępniane przez Adresata:
  - a) pełnomocnikowi Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych lub Prezesowi Zarządu PFRON w celu przeprowadzenia kontroli prawidłowości realizacji zadania udzielania środków na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej lub działalności w formie spółdzielni socjalnej na podstawie ustawy,
  - b) komisji Europejskiej w celu przeprowadzenia kontroli na podstawie rozporządzenia Rady (UE) 2015/1589 z dnia 13 lipca 2015 r. ustanawiającego szczegółowe zasady stosowania art. 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (Dz. Urz. UE L 248 z 29.09.2015, str. 9) oraz oceny zgodności udzielenia pomocy z warunkami udzielania pomocy de minimis określonymi w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1), pomocy de minimis w sektorze rolnym określonymi w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9) lub pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury określonymi w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014, str. 45).
6. Ma Pani/Pan prawo do: żądania dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących, sprostowania danych osobowych Pani/Pana dotyczących, usunięcia danych osobowych Pani/Pana dotyczących, ograniczenia przetwarzania danych osobowych Pani/Pana dotyczących, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych Pan/Pana dotyczących.
7. *Dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat niezbędny do udzielenia pomocy oraz jej kontroli przez Komisję Europejską.*
8. Przysługuje Panu/i prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (UODO) gdy uzna Pan/i, że przetwarzanie danych w procesie rekrutacji odbywa się w sposób naruszający przepisy RODO.

.....  
(podpis Wnioskodawcy)



Wniosek o przyznanie pomocy w ramach Modułu II programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”