

Zarządzenie Nr 30/2020
Dyrektora Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie w Wołominie
z dnia 10.11.2020 r.

w sprawie: zmiany procedury rozpatrywania wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach realizacji programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” – Moduł III w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie w 2020 roku

Na podstawie art. 51 ust. 3 pkt 3 w związku z art. 47 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2020 r., poz. 426, z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2020 r., poz. 568 z późn. zm.) oraz uchwały Zarządu PFRON nr 76/2020 z dnia 30.10.2020 r. zmieniającą dokument pt. „Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące w 2020 roku realizatorów Modułu III programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”, zarządza się, co następuje:

§ 1

Realizując program „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” – Moduł III”, umożliwiający osobom niepełnosprawnym uzyskanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, określa się i wprowadza do stosowania w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie następujący dokument:

„Procedura rozpatrywania wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach realizacji programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” – Moduł III w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie w 2020 roku”, stanowiący załącznik do niniejszego zarządzenia.

§ 2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania, z mocą obowiązującą od 03.04.2020 r.

RADCA PRAWNY
Juliana Kapalska

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie
Agata Zedzian

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie w Wołominie
Maciej Burakowski

**Procedura Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie
Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji
kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnym MODUŁ III.**

1. Załączniki do procedury:

- 1) Wniosek o dofinansowanie,
- 2) Oświadczenie placówki,
- 3) Klauzula informacyjna.

2. Wersja w języku migowym.

Nie dotyczy.

3. Opłaty.

Postępowanie nie podlega opłatom.

4. Podstawa prawna.

- 1) Art. 51 ust. 3 pkt 3 w związku z art. 47 ust. 1 pkt 4 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.),
- 2) Ustawa 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 (Dz. U. z 2020 r. 568).

5. Forma załatwienia.

Pisemna informacja o przyznaniu dofinansowania lub odmowie jego przyznania wraz z uzasadnieniem.

6. Tryb odwoławczy.

Nie dotyczy.

7. Termin załatwienia.

Wnioski w programie rozpatrywane będą w terminie 30 dni od daty złożenia wniosku przez Wnioskodawcę, z uwzględnieniem daty podpisania umowy pomiędzy PCPR Wołomin a PFRON na realizację Programu w 2020 roku. Warunkiem rozpatrzenia wniosku jest posiadanie przez PCPR Wołomin środków finansowych PFRON na realizację przedmiotowego programu oraz kompletny status wniosku.

8. Formy i zakres pomocy udzielanej w programie:

- 1) Pomoc finansowa w ramach Modułu III udzielana jest osobom niepełnosprawnym na skutek wystąpienia zagrożenia epidemicznego oraz stanu epidemii, które utraciły w okresie od 9 marca 2020 r. do dnia 16 listopada 2020 r. możliwość korzystania (przez okres co najmniej pięciu kolejno następujących po sobie dni roboczych) z opieki świadczonej w placówkach rehabilitacyjnych.

- 2) Pomoc udzielana jest w formie dofinansowania kosztów związanych z zapewnieniem opieki domowej.
- 3) Maksymalna wysokość pomocy finansowej udzielonej ze środków PFRON 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.
- 4) Wnioskodawca może złożyć tylko jeden wniosek o udzielenie pomocy, a w przypadku każdego podopiecznego, jego opiekun wnioskować o pomoc może tylko raz (rozdział VI ust.3 Programu PFRON).
- 5) Pomoc finansowa może zostać wykorzystana wyłącznie na cele, na które została przyznana.

9. Wymagane dokumenty od wnioskodawcy:

- 1) Wniosek o dofinansowanie (formularz wniosku PFRON stanowi **załącznik nr 1** do procedury).
- 2) Zaświadczenie z placówki rehabilitacyjnej, (**załącznik nr 2** do procedury) - wymagane dla wnioskodawców których placówka znajduje się poza powiatem wołomińskim oraz wnioskodawców spoza powiatu wołomińskiego, których powiat nie przystąpił do realizacji Modułu III programu i który zawarł umowę w sprawie realizacji programu z powiatem wołomińskim.
- 3) Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub równoważne), wymagane dla wnioskodawców których placówka znajduje się poza powiatem wołomińskim oraz wnioskodawców spoza powiatu wołomińskiego, których powiat nie przystąpił do realizacji Modułu III programu i który zawarł umowę w sprawie realizacji programu z powiatem wołomińskim.
- 4) W sytuacji gdy ważność orzeczenia upłynęła w terminie do 90 dni przed dniem wejścia w życie ustawy konieczna jest informacja tj. druk potwierdzający złożenie w tym terminie wniosku o wydanie nowego orzeczenia.
W sytuacji gdy ważność orzeczenia upłynęła w okresie od dnia 8 marca 2020 r. orzeczenie zachowuje ważność do upływu 60 dni od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, jednak nie dłużej niż do dnia wydania nowego orzeczenia o niepełnosprawności albo orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

Dokumenty wymienione w pkt. 2- 3 nie będą wymagane w przypadku gdy ich treść jest możliwa do ustalenia w oparciu o bazę danych Centrum.

10. Oświadczenia uzyskiwane w postępowaniu.

Wnioskodawca oświadcza we wniosku, że:

- 1) Nie otrzymał 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 wniosek, opiekun sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą niepełnosprawną (Wnioskodawca) nie otrzymał wypłaty 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) Podane we wniosku dane są zgodne z prawdą oraz Wnioskodawca przyjął do wiadomości, że podanie przez niego informacji niezgodnych z prawdą eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.

- 4) Wnioskodawca biorący udział w programie oświadcza, że wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych we wniosku, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a rozporządzenia nr 2016/679 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanego dalej RODO) przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie.

11. Warunki uczestnictwa osoby niepełnosprawnej w programie:

- 1) Posiadanie aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o niepełnosprawności (w przypadku dzieci i młodzieży przed ukończeniem 16. roku życia) –wydanego na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (lub orzeczenia równoważnego).
- 2) Pomoc w ramach Programu skierowana jest do osób niepełnosprawnych, które są:
 - a) uczestnikami warsztatów terapii zajęciowej;
 - b) 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.);
 - c) 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.);
 - d) 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 zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn. zm.);
 - e) uczestnikami programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON i w ramach tych programów korzystają ze wsparcia udzielanego przez placówki rehabilitacyjne;
 - f) 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);
 - g) pełnoletnimi (od 18 do 24 roku życia) wychowankami 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);
 - h) pełnoletnimi (od 18 do 25 roku życia) wychowankami 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).”
- 3) Warunki uczestnictwa w Programie, adresat programu musi spełniać zarówno w chwili zaistnienia danej sytuacji kryzysowej, jak i w dniu składania wniosku o pomoc w ramach programu, a także w dniu podejmowania przez Realizatora programu decyzji o przyznaniu wnioskowanej pomocy.
- 4) W imieniu osób niepełnoletnich oraz ubezwłasnowolnionych częściowo lub całkowicie –występują przedstawiciele ustawowi lub opiekunowie prawni tych osób.

- 5) O dofinansowanie w PCPR w Wołominie mogą ubiegać się mieszkańcy powiatu wołomińskiego, lub wnioskodawcy spoza powiatu wołomińskiego, których powiat nie przystąpił do realizacji Modułu III programu i który zawarł umowę w sprawie realizacji programu z powiatem wołomińskim.

12. Przyjmowanie i rozpatrywanie wniosków:

- 1) Przyjmowanie wniosków następuje w trybie ciągłym, od dnia otwarcia naboru przez PFRON na platformie SOW tj. od 10 kwietnia do 16 listopada 2020 r.
- 2) Wniosek można złożyć:
 - a) za pośrednictwem Systemu Obsługi Wsparcia pod adresem <https://sow.pfron.org.pl/>
 - b) przesłać skan wypełnionego wniosku na adres: sekretariat@pcprwołomin.pl,
 - c) złożyć osobiście w Dziale Osób Niepełnosprawnych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Legionów 78, tel. 22 7764495(96) wew. 103,
 - d) dostarczyć go za pośrednictwem poczty na ww. adres.
- 3) Informacje w sprawie rozpatrywania wniosku o dofinansowanie, który wpłynie do Realizatora przez System Obsługi Wsparcia (SOW) lub przez elektroniczną skrzynkę podawczą, będą przekazywane Wnioskodawcy za pośrednictwem SOW lub wskazanego we wniosku adresu e-mail Wnioskodawcy. Za termin doręczenia pisma do Wnioskodawcy, uznaje się termin jego nadania w formie elektronicznej.
- 4) W przypadku wniosków złożonych za pośrednictwem systemu SOW, bez podpisu elektronicznego lub profilu zaufanego, Centrum prosi wnioskodawców o przybycie do placówki oraz weryfikację danych zawartych we wniosku i złożenie własnoręcznego podpisu pod oświadczeniami.
- 5) Wnioskodawca zobowiązany jest zgłosić bezzwłocznie do Realizatora informacje o wszelkich zmianach, dotyczących danych zawartych we wniosku.
- 6) Wnioski w ramach Modułu III nie podlegają ocenie merytorycznej.
- 7) Decyzja w sprawie odmowy dofinansowania zostanie doręczona dla wnioskodawców składających wniosek w wersji elektronicznej, drogą elektroniczną, a dla wnioskodawców składających wniosek w wersji papierowej, za pośrednictwem operatora pocztowego.
- 8) Wypłata świadczeń w Programie następuje do momentu wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych na jego realizację – (rozdział X Programu PFRON).
- 9) Realizator programu informuje, że dane osobowe przekazane wraz z wnioskiem o dofinansowanie mogą zostać przekazane do PFRON w celu monitorowania i kontroli.

13. Dofinansowanie nie przysługuje:

- 1) Gdy Wnioskodawca lub opiekun osoby niepełnosprawnej, otrzymał na podstawie odrębnych wniosków pomoc finansową udzieloną w formie dofinansowania kosztów związanych z zapewnieniem opieki w warunkach domowych, na ten sam cel.
- 2) Za miesiąc, w którym nastąpiła wypłata dodatkowego zasiłku opiekuńczego (pozwalającego na sprawowanie bezpośredniej opieki nad osobą niepełnosprawną), 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) Wnioskodawca, który nie spełnia warunków, o których mowa w pkt 11 tj. Warunków uczestnictwa osoby niepełnosprawnej w programie.

14. Zakres pojęć dotyczących pomocy i kryteriów uczestnictwa osób niepełnosprawnych w programie:

Wnioskodawca – należy przez to rozumieć wnioskującego o przyznanie pomocy finansowej w ramach Programu (gdy w imieniu osoby niepełnosprawnej działa opiekun, to opiekun występuje w roli Wnioskodawcy).

SOW (System Obsługi Wsparcia) – należy przez to rozumieć stronę dostępną pod adresem internetowym <https://sow.pfron.org.pl/>, za pomocą której składa się wnioski o wsparcie finansowe PFRON.

Miejsce zamieszkania – należy przez to rozumieć, zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania; miejscem zamieszkania dziecka pozostającego pod władzą rodzicielską jest miejsce zamieszkania rodziców albo tego z rodziców, któremu wyłącznie przysługuje władza rodzicielska lub któremu zostało powierzony wykonywanie władzy rodzicielskiej.

Placówka rehabilitacyjna – należy przez to rozumieć placówkę, w której udzielane jest wsparcie osobom niepełnosprawnym świadczone dla nich w sposób ciągły (tzn. co najmniej 5 dni w tygodniu, przez co najmniej 10 miesięcy w roku),

Realizator – należy przez to rozumieć Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie,

Dodatkowy zasilek opiekuńczy (pozwalający na sprawowanie bezpośredniej opieki nad osobą niepełnosprawną) – należy przez to rozumieć wsparcie udzielane w przypadku:

- 1) zamknięcia placówki, do której uczęszcza dziecko albo niemożności sprawowania opieki przez nianię lub dziennego opiekuna z powodu COVID-19, przysługujące ubezpieczonemu zwolnionemu od wykonywania pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad:
 - a) dzieckiem legitymującym się orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, do ukończenia 18 lat,
 - b) dzieckiem z orzeczeniem o niepełnosprawności,
 - c) dzieckiem z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego;
- 2) zamknięcia np.: ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego, ośrodka wsparcia, warsztatu terapii zajęciowej oraz innej placówki pobytu dziennego o podobnym charakterze z powodu COVID-19, do których uczęszcza dorosła osoba niepełnosprawna, przysługujące ubezpieczonemu zwolnionemu od wykonywania pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad dorosłą osobą niepełnosprawną.

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:	
---------------	--

Pocztą:	
---------	--

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 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?	<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 COVID19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.

Wnioskowany okres przyznania świadczenia:
 1 miesiąc 2 miesiące 3 miesiące 4 miesiące 5 miesięcy
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?	<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
 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 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

**PODOPIECZNY Nr 3 DANE
PODOPIECZNEGO**

Nazwa pola	Zawartość
Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

ADRES ZAMIESZKANIA PODOPIECZNEGO

Takі 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

Takі 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 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

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?	<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

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 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

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?	<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

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 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/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, pieczęćka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie w Wołominie
Maciej Burakowski

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy
w Wołominie
Agata Żędzia

Informacje o programie

Adresatami programu są:

- 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 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:

- 1) uczestnikami warsztatów terapii zajęciowej;
- 2) 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.);
- 3) 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.);
- 4) 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.);
- 5) uczestnikami programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą 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 (Dz. U. z 2013 r. poz. 529);
- 7) pełnoletnimi (od 18 do 24 roku życia) wychowankami 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);
- 8) pełnoletnimi (od 18 do 25 roku życia) wychowankami 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”.

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

Oświadczenie placówki

Załącznik nr 2 do procedury

....., dn.

.....
nazwa podmiotu prowadzącego placówkę

.....
Adres

Potwierdzam, że Pan/Pani (imię i nazwisko)
.....

PESEL:

(prosimy o zakreślenie właściwej odpowiedzi)

1) jest uczestnikiem zajęć prowadzonych w placówce:

1a) (nazwa placówki)

.....której 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.) (rozdział III ust. 6 dokumentu „Kierunki działań i warunki brzegowe(...)”);

TAK NIE

1b) (nazwa placówki)

.....która realizuje program zatwierdzony przez Radę Nadzorczą PFRON (rozdział III ust. 6 dokumentu „Kierunki działań i warunki brzegowe(...)”);

TAK NIE

1c) (nazwa placówki)

..... która realizuje program dla pełnoletnich (od 18. do 25. roku życia) uczestników zajęć rewalidacyjno-wychowawczych organizowanych zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej w sprawie warunków i sposobu organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim (rozdział III ust. 6 dokumentu „Kierunki działań i warunki brzegowe(...)”);

TAK NIE

1d) (nazwa placówki)

.....która realizuje program dla pełnoletnich (od 18. do 24. roku życia) wychowanków specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych oraz specjalnych ośrodków wychowawczych, funkcjonujących na podstawie ustawy Prawo oświatowe (rozdział III ust. 6 dokumentu (rozdział III ust. 6 dokumentu „Kierunki działań i warunki brzegowe(...)”);

TAK NIE

1e) (nazwa placówki)

.....która realizuje program dla pełnoletnich (od 18 do 25 roku życia) wychowanków specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych oraz specjalnych ośrodków wychowawczych, bądź uczniów szkół specjalnych przysposabiających do pracy funkcjonujących na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2020 r. poz. 910) (rozdział III ust. 6 dokumentu „Kierunki działań i warunki brzegowe(...)”);

TAK NIE

1f) (nazwa placówki)

.....która realizuje program dla pełnoletnich (od 18 do 25 roku życia) wychowanków ośrodka rehabilitacyjno-edukacyjno-wychowawczych oraz ośrodka rewalidacyjno-wychowawczych funkcjonujących na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2020 r. poz. 910). (rozdział III ust. 6 dokumentu „Kierunki działań i warunki brzegowe(...)”);

TAK NIE

Oświadczenie placówki

ponadto

2) utracił w terminie od dnia 9 marca 2020 roku, możliwość korzystania ze wsparcia w placówce przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych w miesiącach, których dotyczy wniosek (rozdział III ust. 5 pkt.1, rozdział I ust. 5 dokumentu „Kierunki działań i warunki brzegowe(...)”);

TAK NIE

w miesiącach.....

3) placówka rehabilitacyjna** świadczy pomoc w sposób ciągły, tzn. co najmniej 5 dni w tygodniu przez co najmniej 10 miesięcy w roku (rozdział II ust. 10 programu).

TAK NIE

..... podpis/pieczętka osoby upoważnionej z placówki rehabilitacyjnej

**Na potrzeby programu na podstawie rozdziału I ust. 5 „Kierunki działań i warunki brzegowe (...) 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).

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie w Wołominie

Maciej Burakowski

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie
Agata Zedzi

Klauzula informacyjna (dotyczy Modułu III)

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Legionów 78, 05-200 Wołomin, jako administrator danych osobowych zawartych we wniosku na podstawie art. 13 rozporządzenia nr 2016/679 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanego dalej RODO) informuje, że:

1. Dane osobowe zawarte we wniosku będą przetwarzane w celu przyznania dofinansowania z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9, ust. 2 lit. a RODO.
2. Pani/Pana dane osobowe zostaną/zostają udostępnione Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez PCPR Wołomin oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
3. Ponadto Pani/Pana dane osobowe zostaną/zostają udostępnione następującym kategoriom odbiorców danych (w rozumieniu art. 4 pkt 9 RODO):
 - 1) podmioty świadczące asystę techniczną oprogramowania, służącego do obsługi zadań PFRON,
 - 2) podmioty świadczące usługi profesjonalnego niszczenia dokumentacji archiwalnej.
4. Dane osobowe zawarte we wniosku będą przechowywane przez okres 10 lat od rozpatrzenia wniosku, licząc od 1 stycznia roku następującego po roku, w którym Pani/Pan wniosek został rozpatrzony, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W zakresie przetwarzania danych osobowych zawartych we wniosku ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
6. Ma Pani/Pan prawo do żądania od Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie:
 - 1) dostępu do danych osobowych zawartych we wniosku (na zasadach określonych w art. 15 RODO);
 - 2) sprostowania zawartych we wniosku danych osobowych (na zasadach określonych w art. 16 RODO).
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne.
8. Konsekwencją niepodania przez Panią/Pana danych osobowych będzie brak możliwości przyznania dofinansowania.

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy
Rodzinie w Wołominie

Maciej Burakowski

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Grata Żądźlan