**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 D** | | **OTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRA** | **WNOŚCI Wnios** | **kodawcy** |
| *Wypełnia Wnioskodawca, jeśli składa wino* | | *sek 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 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?** | |  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 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 rehabilitacyjne.  **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:** |  | |
| **AD** | **RES 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 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 rehabilitacyjne.  **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** | | |
| 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 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 rehabilitacyjne.  **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 NIEPEŁNOSPRA** | | | **WNOŚCI 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 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 rehabilitacyjne.  **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 NIEPEŁNOSPRA** | | | **WNOŚCI 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 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 rehabilitacyjne.  **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.  **Uwag**a! 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 prowadząc* | *ego sprawę:* | *Data, pieczątka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:* | |
|  |  |  | |

# 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 os**ó**b niepełnosprawnych, kt**ó**re 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.);

1. 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.);
2. uczestnikami programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON i w ramach tych programów korzystają ze wsparcia udzielanego przez placówki rehabilitacyjne;
3. 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);
4. 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);
5. 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”.