

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 4 września 2020 roku, możliwość korzystania (przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych) w danym miesiącu, za który przysługuje wsparcie z opieki świadczonej w placówce rehabilitacyjnej.

**Uwaga!** Okres, na jaki może zostać przyznane świadczenie, nie może być dłuższy niż 3 miesiące – w każdym z wykazanych miesięcy Wnioskodawca musi spełniać ww. warunek, tj. musi wystąpić brak możliwości korzystania z opieki w placówce rehabilitacyjnej przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych.**Uwaga!** Świadczenie nie przysługuje za miesiąc, w którym nastąpiła wypłata dodatkowego zasiłku opiekuńczego, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.**Wnioskowany okres przyznania świadczenia:** 1 miesiąc     2 miesiące     3 miesiące**PODOPIECZNY Nr 1  
DANE PODOPIECZNEGO**

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

**ADRES ZAMIESZKANIA PODOPIECZNEGO** Taki sam, jak adres zamieszkania Wnioskodawcy

Nazwa pola	Zawartość
Województwo:	
Powiat:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO**

Nazwa pola	Zawartość
Czy podopieczny jest pełnoletni?	<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 4 września 2020 roku, możliwość korzystania (przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych) w danym miesiącu, za który przysługuje wsparcie z opieki świadczonej w placówce rehabilitacyjnej.

*Uwaga! Okres, na jaki może zostać przyznane świadczenie, nie może być dłuższy niż 3 miesiące – w każdym z wykazanych miesięcy Wnioskodawca musi spełniać ww. warunek, tj. musi wystąpić brak możliwości korzystania z opieki w placówce rehabilitacyjnej przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych.*

*Uwaga! Świadczenie nie przysługuje za miesiąc, w którym nastąpiła wypłata dodatkowego zasiłku opiekuńczego, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.*

**Wnioskowany okres przyznania świadczenia:**
 1 miesiąc  2 miesiące  3 miesiące
**PODOPIECZNY Nr 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 4 września 2020 roku, możliwość korzystania (przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych) w danym miesiącu, za który przysługuje wsparcie z opieki świadczonej w placówce rehabilitacyjnej.

**Uwaga!** Okres, na jaki może zostać przyznane świadczenie, nie może być dłuższy niż 3 miesiące – w każdym z wykazanych miesięcy Wnioskodawca musi spełniać ww. warunek, tj. musi wystąpić brak możliwości korzystania z opieki w placówce rehabilitacyjnej przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych.

**Uwaga!** Świadczenie nie przysługuje za miesiąc, w którym nastąpiła wypłata dodatkowego zasiłku opiekuńczego, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.

**Wnioskowany okres przyznania świadczenia:**

1 miesiąc  2 miesiące  3 miesiące

**PODOPIECZNY Nr 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?	<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 4 września 2020 roku, możliwość korzystania (przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych) w danym miesiącu, za który przysługuje wsparcie z opieki świadczonej w placówce rehabilitacyjnej.

*Uwaga! Okres, na jaki może zostać przyznane świadczenie, nie może być dłuższy niż 3 miesiące – w każdym z wykazanych miesięcy Wnioskodawca musi spełniać ww. warunek, tj. musi wystąpić brak możliwości korzystania z opieki w placówce rehabilitacyjnej przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych.*

*Uwaga! Świadczenie nie przysługuje za miesiąc, w którym nastąpiła wypłata dodatkowego zasiłku opiekuńczego, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.*

**Wnioskowany okres przyznania świadczenia:**

1 miesiąc  2 miesiące  3 miesiące

**PODOPIECZNY Nr 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 4 września 2020 roku, możliwość korzystania (przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych) w danym miesiącu, za który przysługuje wsparcie z opieki świadczonej w placówce rehabilitacyjnej.

*Uwaga! Okres, na jaki może zostać przyznane świadczenie, nie może być dłuższy niż 3 miesiące – w każdym z wykazanych miesięcy Wnioskodawca musi spełniać ww. warunek, tj. musi wystąpić brak możliwości korzystania z opieki w placówce rehabilitacyjnej przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych.*

*Uwaga! Świadczenie nie przysługuje za miesiąc, w którym nastąpiła wypłata dodatkowego zasiłku opiekuńczego, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.*

**Wnioskowany okres przyznania świadczenia:**

1 miesiąc  2 miesiące  3 miesiące

**PODOPIECZNY Nr 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 4 września 2020 roku, możliwość korzystania (przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych) w danym miesiącu, za który przysługuje wsparcie z opieki świadczonej w placówce rehabilitacyjnej.

*Uwaga! Okres, na jaki może zostać przyznane świadczenie, nie może być dłuższy niż 3 miesiące – w każdym z wykazanych miesięcy Wnioskodawca musi spełniać ww. warunek, tj. musi wystąpić brak możliwości korzystania z opieki w placówce rehabilitacyjnej przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych.*

*Uwaga! Świadczenie nie przysługuje za miesiąc, w którym nastąpiła wypłata dodatkowego zasiłku opiekuńczego, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.*

**Wnioskowany okres przyznania świadczenia:**

1 miesiąc  2 miesiące  3 miesiące

**INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEJ POMOCY FINANSOWEJ**

Wysokość wnioskowanej pomocy w ramach Modułu III programu: ..... zł

*Uwaga! Maksymalna wysokość świadczenia udzielonego Adresatowi programu ze środków PFRON w ramach Modułu III programu wynosi 500 zł miesięcznie na jedną osobę niepełnosprawną, z tym że okres, na jaki może zostać przyznane świadczenie, nie może być dłuższy niż 3 miesiące. Wysokość wnioskowanej pomocy należy określić łącznie dla wszystkich osób niepełnosprawnych, których dotyczy przedmiotowy wniosek.*

*Uwaga! W każdym z wykazanych we wniosku miesięcy musi wystąpić brak możliwości korzystania z opieki w placówce rehabilitacyjnej przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych.*

*Uwaga! Świadczenie nie przysługuje za miesiąc, w którym nastąpiła wypłata dodatkowego zasiłku opiekuńczego, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.*

**DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY**

Forma przekazania środków finansowych:

przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę

w kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)

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

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

Nazwa pola	Zawartość
Dane właściciela rachunku:	
Nazwa banku:	
Numer rachunku bankowego:	

**Oświadczam, że:**

- 1) Adresaci programu wymienieni we wniosku, nie otrzymali na podstawie odrębnych wniosków (o przyznanie świadczenia w ramach Modułu III programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”) pomocy finansowej udzielonej w formie dofinansowania kosztów związanych z zapewnieniem opieki w warunkach domowych.
- 2) W miesiącach, które obejmuje niniejszy wniosek, nie nastąpiła wypłata dodatkowego zasiłku opiekuńczego, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.
- 3) Informacje podane we wniosku są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.

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

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

Data i podpis pracownika prowadzącego sprawę:	Data, pieczęć 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 4 września 2020 roku**, możliwość korzystania (przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych) w danym miesiącu, za który przysługuje wsparcie z opieki świadczonej w placówce rehabilitacyjnej.

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

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

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

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

- 1) uczestnikami warsztatów terapii zajęciowej;
- 2) uczestnikami środowiskowych domów samopomocy, funkcjonujących na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej;
- 3) podopiecznymi dziennych domów pomocy społecznej, funkcjonujących na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej;
- 4) podopiecznymi placówek rehabilitacyjnych, których działalność finansowana jest ze środków PFRON na podstawie art. 36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- 5) uczestnikami programów zatwierdzonych przez Radę 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;
- 7) pełnoletnimi (od 18 do 24 roku życia) wychowankami specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych oraz specjalnych ośrodków wychowawczych, funkcjonujących na podstawie ustawy Prawo oświatowe.

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

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



## Klauzula informacyjna zgodna z RODO

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych

osobowych:.....

(imię i nazwisko)

oraz (o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić) mojego dziecka/podopiecznego:

.....

(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

.....

(adres, miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niezbędnych dla potrzeb realizacji procesu: DOFINANSOWANIE W RAMACH PROGRAMU „POMOC OSOBOM NIEPEŁNOSPRAWNYM POSZKODOWANYCH W WYNIKU ŻYWIÓŁU LUB SYTUACJI KRYZYSOWYCH WYWOŁANYCH CHOROBYMI ZAKAŹNYMI” zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. poz.1000).

Data i podpis osoby wyrażającej zgodę

-----

Informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych podanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyrażonej powyżej jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 65 w Sochaczewie, kod pocztowy: 96-500, tel.46 864 18 01, adres email:pcprsoch@powiatsochaczew.pl
2. Inspektorem Ochrony Danych jest: Paulina Klatt tel. 46 864 18 01 e-mail: [pcprsoch@powiatsochaczew.pl](mailto:pcprsoch@powiatsochaczew.pl)
3. Celem zbierania danych jest: DOFINANSOWANIE W RAMACH PROGRAMU „POMOC OSOBOM NIEPEŁNOSPRAWNYM POSZKODOWANYCH W WYNIKU ŻYWIÓŁU LUB SYTUACJI KRYZYSOWYCH WYWOŁANYCH CHOROBYMI ZAKAŹNYMI”
4. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie.
5. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do realizacji zadania określonego w pkt 3. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwa realizacja w/w zadania.
6. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy przepisów prawa.
7. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.
8. Administrator danych nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wskazany w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 roku w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych, rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz.U. Nr 14 poz. 67 z późn. zm.), licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.
10. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

*Niniejszą klauzulę składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.*

Do wniosku należy załączyć:

1. Skan lub zdjęcie aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o grupie inwalidzkiej
2. W przypadku osób składających wniosek w imieniu podopiecznego, skan lub zdjęcie postanowienia Sądu dot. pełnienia funkcji opiekuna prawnego/pełnomocnika lub pełnomocnictwa notarialnego
3. skan lub zdjęcie wypełnionej klauzuli informacyjnej zgodnej z RODO, która stanowi załącznik do wniosku.