

Załącznik nr 3 do „Kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących w 2020 roku realizatorów Modułu III oraz Modułu IV programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

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 WNISKOWANEJ 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: | |

| | |
|--|---|
| Pocza: | |
| 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 | |
| <i>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).</i> | |
| 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 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: | |
| <input type="checkbox"/> 1 miesiąc <input type="checkbox"/> 2 miesiące <input type="checkbox"/> 3 miesiące | |

PODOPIECZNY Nr 2 DANE PODOPIECZNEGO

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

ADRES ZAMIESZKANIA PODOPIECZNEGO

| | |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> Taki sam jak adres zamieszkania Wnioskodawcy | |
| Nazwa pola | Zawartość |
| Województwo: | |
| Powiat: | |
| Ulica: | |
| Nr domu: | |
| Nr lokalu: | |
| Miejscowość: | |
| Kod pocztowy: | |

| | |
|---|---|
| Pocztą: | |
| 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 | |
| <input type="checkbox"/> 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 | |
| <p><i>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).</i></p> <p>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.</p> <p>Uwaga! Okres na jaki może zostać przyznane świadczenie nie może być dłuższy niż 3 miesiące – 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.</p> <p>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.</p> <p>Wnioskowany okres przyznania świadczenia:</p> <input type="checkbox"/> 1 miesiąc <input type="checkbox"/> 2 miesiące <input type="checkbox"/> 3 miesiące | |

| | |
|---------------------------|------------------|
| PODOPIECZNY Nr 3 | |
| DANE PODOPIECZNEGO | |
| Nazwa pola | Zawartość |
| Imię: | |
| Nazwisko: | |
| PESEL: | |
| Data urodzenia: | |

| | |
|---|------------------|
| ADRES ZAMIESZKANIA PODOPIECZNEGO | |
| <input type="checkbox"/> 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 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

**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 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

**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 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

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;
- 2) informacje podane we wniosku dane 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:

- osoby niepełnosprawne posiadające aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenie równoważne),
- dzieci i młodzież niepełnosprawna posiadająca aktualne orzeczenie o niepełnosprawności, wydane przed ukończeniem 16 roku życia.

Uwaga! W imieniu osób niepełnoletnich oraz ubezwłasnowolnionych częściowo lub całkowicie – zwanych dalej „podopiecznymi” – występują opiekunowie prawni tych osób.

W ramach Modułu III programu udzielana jest pomoc finansowa dla osób niepełnosprawnych, które na skutek wystąpienia sytuacji kryzysowych spowodowanych chorobami zakaźnymi utraciły, w okresie od dnia 9 marca 2020 roku do dnia 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:

- 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 – zakładka „O Funduszu – Programy i zadania PFRON”.

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