**Data wpływu: ……………………….**

**Nr sprawy: …………………………..**

 **Powiatowe Centrum**

 **Pomocy Rodzinie**

 **w Kędzierzynie-Koźlu**

# 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 DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI Wnioskodawcy

|  |
| --- |
| *Wypełnia Wnioskodawca, jeśli składa wniosek 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 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?** |  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 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 rehabilitacyjne.**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 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?** |  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 1Podopieczny 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 rehabilitacyjne.**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 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 1Podopieczny 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 rehabilitacyjne. **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?** |  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 1Podopieczny 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 rehabilitacyjne. **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?** |  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 1Podopieczny 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 rehabilitacyjne. **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.**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 |

### 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**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.*

# Informacja o zasadach przetwarzania danych osobowych

# dla osób korzystających z dofinansowania w ramach programu „ Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi- Moduł III”

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 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 (**dalej: RODO**) informujemy, że:

* 1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kędzierzynie-Koźlu z siedzibą przy ul. Skarbowej 4, 47-200 Kędzierzyn-Koźle, e-mail sekretariat@pcprkkozle.pl, nr. tel. (77) 483 33 23 (dalej: **Administrator**)
	2. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych może się Pan/Pani kontaktować również z wyznaczonym przez Administratora inspektorem ochrony danych:
1. pod adresem e-mail: inspektor@kancelaria-odo.pl
2. listownie: Inspektor ochrony danych, na adres siedziby Administratora
	1. Pani/Pana dane przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku i realizacji dofinansowania udzielonego w ramach programu „ Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi- Moduł III”, w związku z wejściem w życie 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)
	2. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest na podstawie art. 6 ust.1 lit.c, e oraz art. 9 ust. 2 lit.g RODO.
	3. Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.
	4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kędzierzynie-Koźlu, oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.

Ponadto Pani/Pana dane osobowe mogą być udostepnione:

* + 1. podmiotom oraz organom administracji publicznej uprawnionym do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa,
		2. podmiotom nadzorującym i kontrolującym działalność Administratora, jak również podmiotom świadczącym usługi na rzecz Administratora w oparciu o zawarte umowy powierzenia przetwarzania danych, w tym: podmiotom realizującym zadania z zakresu obsługi technicznej i serwisowej sprzetu informatycznego, kancelarii prawnej, podmiotom świadczącym usługi hostingowe, jak też operatorom pocztowym w zakresie niezbędnym do doręczenia korespondencji
	1. Pani/Pana dane będą przechowywane przez okres niezbędny do rozpatrzenia wniosku i udokumentowania sprawy, tj. nie dłużej, niż wynika to z przepisu prawa.
	2. W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, określony w art. 22 RODO
	3. Przysługuje Pani/Panu prawo do:
		1. dostępu do treści swoich danych i otrzymania ich kopii,
		2. sprostowania danych,
		3. usunięcia danych,
		4. ograniczenia przetwarzania danych, z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust.2 RODO
		5. prawo do sprzeciwu, w zakresie o którym mowa w art. 21 RODO
		6. prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku kiedy uzna Pani/Pan że dane przetwarzane są niezgodnie z prawem (na adres Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa)
	4. Podanie przez Panią/Pana danych jest dobrowolne, konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku i udzielenia dofinansowania.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *Data i podpis pracownika prowadzącego 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 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 Nadzorcza 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”.

**WYPEŁNIA REALIZATOR PROGRAMU**

Karta oceny wniosku Realizatora programu: „Pomoc osobom niepełnosprawnym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” (MODUŁ III)

**Imię i nazwisko wnioskodawcy i podopiecznego** (o ile dotyczy):

…………………………………………………………………………………………………..

|  |
| --- |
| **WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU**  |
| Lp. | Warunki weryfikacji formalnej: | Warunki weryfikacji formalnej (zaznaczyć właściwe): | Uwagi: |
| 1. | Wnioskodawca/podopieczny wnioskodawcy spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku  | spełnia / nie spełnia |  |
| 2. | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu  | spełnia / nie spełnia |  |
| 3. | Wniosek jest kompletny (wypełnione są wszystkie wymagane rubryki wniosku, załączono wszystkie wymagane załączniki – o ile dotyczy)  | spełnia / nie spełnia |  |
| **Weryfikacja formalna wniosku: pozytywna negatywna** |
|  |
| **DECYZJA W SPRAWIE POMOCY ZE ŚRODKÓW PFRON W RAMACH MODUŁU III****pozytywna negatywna** |
|  |
| **PRZYZNANA KWOTA POMOCY w Module III na podstawie wniosku: ……………………….. zł** |

Uwagi: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………

 *(data, podpis i pieczątka kierownika jednostki*

 *organizacyjnej Realizatora programu)*