

Data wpływu: .....  
 Nr sprawy: .....



Państwowy Fundusz  
 Rehabilitacji Osób  
 Niepełnosprawnych

## 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<br><input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego<br><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<br><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: |           |
| 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<br><input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności (do 16 roku życia)<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest: | <input type="checkbox"/> bezterminowo<br><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<br><input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności (do 16 roku życia)<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest: | <input type="checkbox"/> bezterminowo<br><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<br><input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności (do 16 roku życia)<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest: | <input type="checkbox"/> bezterminowo<br><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 WNIOSEKOWANEJ 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<br><input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności (do 16 roku życia)<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest: | <input type="checkbox"/> bezterminowo<br><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 WNIOSEKOWANEJ 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<br><input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności (do 16 roku życia)<br><input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest: | <input type="checkbox"/> bezterminowo<br><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 nieumiejąca 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 nieumiejącej 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;
- uczestnikami środowiskowych domów samopomocy, funkcjonujących na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej;
- podopiecznymi dziennych domów pomocy społecznej, funkcjonujących na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej;
- podopiecznymi placówek rehabilitacyjnych, których działalność finansowana jest ze środków PFRON na podstawie art. 36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- uczestnikami programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON i w ramach tych programów korzystają ze wsparcia udzielanego przez placówki rehabilitacyjne;
- 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;
- 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”.