

Wniosek złożono w Oddziale PFRON:

Numer sprawy:

*pieczęć Oddziału PFRON + podpis osoby  
przyjmującej wniosek + data przyjęcia/wpływu wniosku)*

## WNIOSEK

### o przyznanie jednorazowego świadczenia w ramach programu „POWÓDŹ 2010 - pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku skutków powodzi mającej miejsce w maju 2010 roku”

Program jest adresowany do:

- 1) osób niepełnosprawnych posiadających aktualne orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenie równoważne),
- 2) dzieci i młodzieży niepełnosprawnej posiadających aktualne orzeczenie o niepełnosprawności, wydane przed ukończeniem 16 roku życia.

W imieniu i na rzecz niepełnoletnich oraz ubezwłasnowolnionych osób niepełnosprawnych (zwanych dalej „podopiecznymi”) występują opiekunowie prawni tych osób.

Szczegółowe informacje o zasadach i warunkach pomocy udzielanej w ramach programu znajdują się na witrynie internetowej PFRON: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) w zakładce: „Programy i zadania PFRON”. Informacje w powyższej kwestii można uzyskać również w Oddziałach PFRON.

Dane osobowe przekazane przez uczestników programu do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 (administratora danych) będą przetwarzane w celu realizacji programu. 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. Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia udziału w programie.

**Uwaga! Wniosek składa się z dwóch części: A i B. CZĘŚĆ A – wypełnia Wnioskodawca, CZĘŚĆ B – wypełnia PFRON.** We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki poprzez wpisanie odpowiednich informacji lub oznaczenie znakiem „X” właściwej odpowiedzi. W przypadku rubryk, które nie dotyczą Wnioskodawcy należy wpisać „nie dotyczy” – o ile z treści poleceń zawartych we wniosku nie wynika inaczej. Rubryki wniosku oznaczone szarym kolorem tła wypełnia PFRON

### **CZĘŚĆ A – wypełnia Wnioskodawca**

#### Niniejszy wniosek dotyczy:

- ☐ bezpośrednio Wnioskodawcy – Wnioskodawca składa wniosek we własnym imieniu
- ☐ podopiecznego Wnioskodawcy, którego Wnioskodawca jest:
- ☐ rodzicem
  - ☐ opiekunem prawnym (inny niż rodzic)

**1. Informacje o Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola**

| <b>DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Imię: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Płeć:<br><input type="checkbox"/> kobieta<br><input type="checkbox"/> mężczyzna                                                                                                                                                                                                    |
| Nazwisko: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| PESEL: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                           | Data urodzenia: <input type="text"/> <input type="text"/> – <input type="text"/> <input type="text"/> – <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> r.<br><div style="text-align: center; font-size: small;">dzień    miesiąc    rok</div> |
| Dowód osobisty: seria: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> numer: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> wydany w dniu: <input type="text"/> <input type="text"/> – <input type="text"/> <input type="text"/> – <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> r.<br><div style="text-align: center; font-size: small;">dzień    miesiąc    rok</div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| przez: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Numer telefonu kontaktowego: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| e-mail*: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

\* o ile dotyczy

**2. Informacje o podopiecznym Wnioskodawcy – należy wypełnić jedynie w sytuacji, kiedy wniosek dotyczy podopiecznego**

| <b>DANE PERSONALNE PODOPIECZNEGO</b>                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Imię: _____                                                                                                                                                                                                                                                                        | Płeć:<br><input type="checkbox"/> kobieta<br><input type="checkbox"/> mężczyzna |
| Nazwisko: _____                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                 |
| Data urodzenia: <input type="text"/> <input type="text"/> – <input type="text"/> <input type="text"/> – <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> r.<br><div style="text-align: center; font-size: small;">dzień    miesiąc    rok</div> |                                                                                 |
| PESEL: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                 | Pełnoletni: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE           |

**3. Miejsce zamieszkania (adres) – pobyt stały Wnioskodawcy/podopiecznego\***

| <b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały</b>                                                                                                                              |                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Kod pocztowy: <input type="text"/> <input type="text"/> – <input type="text"/> <input type="text"/> _____<br><div style="text-align: center; font-size: small;">(pocztą)</div> | Miejscowość: _____                     |
| Ulica: _____                                                                                                                                                                   | Nr domu: _____    Nr mieszkania: _____ |
| Powiat: _____                                                                                                                                                                  | Województwo: _____                     |
| <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> inne miasto <input type="checkbox"/> wieś                                                       |                                        |

\* podopieczny i rodzic albo opiekun prawny muszą zamieszkiwać w obrębie tego samego gospodarstwa domowego

| <b>ADRES DO KORESPONDENCJI – jeżeli jest inny niż wskazany powyżej adres zamieszkania</b>                                                                                      |                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Kod pocztowy: <input type="text"/> <input type="text"/> – <input type="text"/> <input type="text"/> _____<br><div style="text-align: center; font-size: small;">(pocztą)</div> | Miejscowość: _____                     |
| Ulica: _____                                                                                                                                                                   | Nr domu: _____    Nr mieszkania: _____ |
| Powiat: _____                                                                                                                                                                  | Województwo: _____                     |

#### 4. Stan prawny dotyczący niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej poszkodowanej w wyniku powodzi

- |                                                                                      |                                              |                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji   | <input type="checkbox"/> znaczny stopień     | <input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka   |
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy                              | <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień | <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka  |
| <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy                              | <input type="checkbox"/> lekki stopień       | <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka |
| <input type="checkbox"/> ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wydawane do 16 roku życia) |                                              |                                               |

Dokument określający stan prawny dotyczący niepełnosprawności ważny jest:

- ☐ bezterminowo    ☐ okresowo, do: -- r.
- dzień      miesiąc      rok

#### 5. Informacje dotyczące rodzaju szkody powstałej w wyniku powodzi mającej miejsce w maju 2010 roku

Krótki opis poniesionej szkody na skutek zalania lub innego rodzaju zniszczenia bądź uszkodzenia powstałego w wyniku powodzi bądź opadów deszczu na terenach objętych powodzią, w pomieszczeniach mieszkalnych zamieszkiwanych przez Wnioskodawcę:

#### 6. Wybrana przez Wnioskodawcę forma płatności jednorazowego świadczenia

- ☐ gotówka – wypłata na terenie Oddziału PFRON

**Uwaga!** w szczególnie uzasadnionych przypadkach istnieje możliwość wypłacenia świadczenia w miejscu zamieszkania wskazanym przez Wnioskodawcę - taka forma wymaga uzgodnienia i uzyskania akceptacji Oddziału PFRON.

- ☐ przelew na rachunek bankowy Wnioskodawcy

Nazwa banku: .....

Numer rachunku: .....

- ☐ przekaz pocztowy na adres wskazany przez Wnioskodawcę:

Kod pocztowy: -

Miejscowość: .....

poczta

Ulica: .....

Nr domu: .....

Nr mieszkania: .....

## 7. Załączniki wymagane do wniosku

| Nazwa załącznika |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Dołączono<br>do wniosku             | Uzupełniono              | Data<br>uzupełnienia |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|----------------------|
|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | zaznaczyć właściwe - wypełnia PFRON |                          |                      |
| 1.               | Kserokopia orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub kserokopia orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej niezdolności do pracy lub kserokopia orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o niezdolności do samodzielnej egzystencji lub kserokopia orzeczenia o zaliczeniu do I lub II grupy inwalidów lub kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |                      |
| 2.               | Dokument potwierdzający poniesienie szkody na skutek zalania lub innego rodzaju zniszczenia bądź uszkodzenia powstałego w wyniku powodzi bądź opadów deszczu na terenach objętych powodzią, w pomieszczeniach mieszkalnych zamieszkiwanych przez Wnioskodawcę – wystawiony przez właściwą jednostkę administracji rządowej lub samorządowej na terenie działania której wystąpiła powódź                                                             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |                      |
| 3.               | Kserokopia aktu urodzenia dziecka – w sytuacji, kiedy Wnioskodawcą jest rodzic podopiecznego                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |                      |
| 4.               | Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w sytuacji, kiedy Wnioskodawcą jest opiekun prawny                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |                      |

**Oświadczam, że:**

- informacje podane we wniosku i w załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam/em się z zasadami udzielania pomocy w ramach programu „POWÓDŹ 2010 - pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku skutków powodzi mającej miejsce w maju 2010 roku”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął/am do wiadomości, że tekst niniejszego programu dostępny jest pod adresem: [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl),
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć w ciągu 14 kolejnych dni od daty otrzymania pisma Oddziału oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz mojego dziecka/podopiecznego (w sytuacji, kiedy wniosek dotyczy dziecka/podopiecznego) przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 (administrator danych) w celach związanych z realizacją programu „POWÓDŹ 2010 - pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku skutków powodzi mającej miejsce w maju 2010 roku”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.),
- zostałam(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

dnia -- r.

dzień miesiąc rok

-----  
miejscowość-----  
podpis Wnioskodawcy

**CZĘŚĆ B** – wypełnia PFRON**1. Weryfikacja formalna wniosku i decyzja o przyznaniu pomocy****Deklaracja bezstronności do wniosku nr: ..... - WYPEŁNIA PFRON****Oświadczam, że:**

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związana/y z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą i jego podopiecznym,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem/em zatrudniona/y, w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 3) nie pozostaję z Wnioskodawcą lub z jego podopiecznym w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić uzasadnione wątpliwości co do mojej bezstronności.

**Zobowiązuję się do:**

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy, zgodnie z *Polityką Bezpieczeństwa Danych Osobowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych*, stanowiącą Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 120/2009 Prezesa Zarządu PFRON z dnia 16 listopada 2009 r.,
- do spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z oceny formalnej wniosku w sytuacji, gdy zaistnieją zdarzenia wskazane w pkt 1 - 3.

Data, pieczęć i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalnej wniosku

Data, pieczęć i podpisy Pełnomocników

**WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU NR: ..... – WYPEŁNIA PFRON**

| Lp. | Warunki weryfikacji:                                                                                                                 | Warunki weryfikacji spełnione (zaznaczyć właściwe):       | UWAGI |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------|
| 1.  | Wnioskodawca/ podopieczny Wnioskodawcy spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania świadczenia.          | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |       |
| 2.  | Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku.                                                                                  | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |       |
| 3.  | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu.                                                                                      | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |       |
| 4.  | Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki. Wniosek jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach. | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |       |
| 5.  | Wniosek zawiera wszystkie wymagane podpisy przez osoby do tego uprawnione.                                                           | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |       |
| 6.  | Wniosek kompletny w dniu przyjęcia.                                                                                                  | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |       |

Data weryfikacji wniosku:

..... / ..... / 2010 r.  
dzień miesiąc rok

Weryfikacja formalna wniosku:

☐ pozytywna☐ negatywnapieczęć imienna pracownika Oddziału PFRON  
dokonującego weryfikacji formalnej wniosku**Zatwierdził:** pieczęć imienna kierownika właściwej jednostki  
organizacyjnej Oddziału PFRON

data, podpis:

data, podpis:

Data przekazania wniosku ..... / ..... / 2010 r.  
Pełnomocnikom Zarządu PFRON: .....  
dzień miesiąc rok



**DECYZJA PEŁNOMOCNIKÓW ZARZĄDU PFRON**☐ pozytywna☐ negatywna**Przyznana kwota jednorazowego świadczenia:** ..... zł

słownie złotych:

**Uzasadnienie, w przypadku decyzji odmownej:** .........., dnia ..... / ..... / 2010 r.  
miejscowość                      dzień      miesiąc      rok.....  
podpisy Pełnomocników Zarządu PFRON**2. Potwierdzenie odbioru jednorazowego świadczenia przez Wnioskodawcę**  
– dotyczy jedynie sytuacji, kiedy przekazanie świadczenia następuje w formie gotówki

Ja niżej podpisana/y ....., legitymująca/y się dowodem osobistym seria ..... nr ..... wydanym przez ..... potwierdzam, że w dniu ..... w siedzibie Oddziału ..... PFRON / w miejscu zamieszkania\*: ul. .... kod pocztowy ..... miejscowość ..... odebrałam/em jednorazowe świadczenie w kwocie ..... zł (słownie złotych: ..... ) wypłacane przez PFRON w ramach programu „POWÓDŹ 2010 - pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku skutków powodzi mającej miejsce w maju 2010 roku”.

Podpis pracowników PFRON dokonujących wypłaty świadczenia:

1) .....  
imię i nazwisko pracownika PFRON/pieczętka imienna/data2) .....  
imię i nazwisko pracownika PFRON/pieczętka imienna/data.....  
Data i czytelny podpis Wnioskodawcy3) .....  
imię i nazwisko pracownika PFRON/pieczętka imienna/data

\* należy skreślić niewłaściwe