

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:	

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**

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 2  
DANE PODOPIECZNEGO**

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

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

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

Poczta:

**STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO**

Nazwa pola	Zawartość
Czy podopieczny jest pełnoletni?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności (do 16 roku życia) <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:.....
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy

**INFORMACJE O PLACÓWCE REHABILITACYJNEJ PODOPIECZNEGO** Taki sam jak adres placówki przy Podopiecznym nr 1

Podopieczny korzysta z opieki świadczonej przez placówkę rehabilitacyjną:

Nazwa pola	Zawartość
Nazwa placówki:	
Adres placówki:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

**INFORMACJE O WNIOSKOWANEJ POMOCY DLA PODOPIECZNEGO**

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

Podopieczny na skutek wystąpienia sytuacji kryzysowych spowodowanych chorobami zakaźnymi utracił, w okresie od dnia 9 marca 2020 roku do dnia 4 września 2020 roku, możliwość korzystania (przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych) w danym miesiącu, za który przysługuje wsparcie z opieki świadczonej w placówce rehabilitacyjnej.

**Uwaga!** Okres na jaki może zostać przyznane świadczenie nie może być dłuższy niż 3 miesiące – w każdym z wykazanych miesięcy 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?	<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:	
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**

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, pieczętka 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;



- 4) podopiecznymi placówek rehabilitacyjnych, których działalność finansowana jest ze środków PFRON na podstawie art. 36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- 5) uczestnikami programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON i w ramach tych programów korzystają ze wsparcia udzielanego przez placówki rehabilitacyjne;
- 6) pełnoletnimi (od 18 do 25 roku życia) uczestnikami zajęć rewalidacyjno-wychowawczych organizowanych zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 kwietnia 2013 r. w sprawie warunków i sposobu organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim;
- 7) pełnoletnimi (od 18 do 24 roku życia) wychowankami specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych oraz specjalnych ośrodków wychowawczych, funkcjonujących na podstawie ustawy Prawo oświatowe.

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

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