

**Data wpływu: ……………………….**

**Nr sprawy: …………………………..**

# WNIOSEK o udzielenie pomocy w postaci paczki profilaktyczno-medycznej ze środków programu

## „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” – Moduł IV

***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 pełnoletniego podopiecznego (dotyczy wyłącznie osób częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolnionych) |
| **Imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Nr telefonu (obowiązkowo):** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

##### ADRES ZAMIESZKANIA

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Zawartość |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu/lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |

#### STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI Wnioskodawcy/Podopiecznego

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
| **Niezdolność do pracy:** |  całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowitaniezdolność do samodzielnej egzystencji całkowita niezdolność do pracy częściowa niezdolność do pracy nie dotyczy |

### DANE PODOPIECZNEGO (jeśli dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| 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/lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |

**Oświadczam, że:**

 jestem osobą samotnie gospodarującą,

 prowadzę wspólne gospodarstwo domowe z innymi osobami.

Oświadczam, że na podstawie art. 7 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wschowie w celu ubiegania się o pomoc ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Podane dane osobowe, zgodnie z art. 4 pkt 11 w/w rozporządzenia przekazuję w sposób dobrowolny, konkretny i świadomy oraz jednoznacznie okazuję wolę na przetwarzanie moich danych osobowych.

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (t.j. Dz. U. z 2020 poz. 1444 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

Zapoznałam(em) się z Regulaminem udzielania pomocy w zakresie paczek profilaktyczno-medycznych dla osób niepełnosprawnych z terenu Powiatu Wschowskiego realizowanej w ramach Programu ,,Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” Moduł IV finansowanego ze środków PFRON

*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* |
|  |  |  |

Załączniki do wniosku:

1. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub dokument równoważny.

2 Klauzula informacyjna.

3. Dokument potwierdzający opiekę prawną/pełnomocnictwo.