

**Załącznik nr 1** 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”

Wypełnia PFRON:

Zapotrzebowanie złożono: w.....PFRON w dniu.....	Nr sprawy:
--	------------

## ZAPOTRZEBOWANIE

### na środki PFRON potrzebne na realizację Modułu III programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”

Przed przystąpieniem do wypełniania zapotrzebowania należy zapoznać się z programem „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi” oraz z „Kierunkami działań oraz warunkami brzegowymi obowiązującymi w 2020 roku realizatorów Modułu III oraz Modułu IV programu”.

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

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

#### 1. Nazwa i adres Samorządu powiatowego

Pełna nazwa:			
Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica	Nr posesji
Gmina	Powiat	Województwo	Nr kierunkowy
Nr telefonu stacjonarnego	Nr telefonu komórkowego	adres http://www	e-mail
REGON		Nr identyfikacyjny NIP	

## 2. Nazwa i adres jednostki organizacyjnej Samorządu powiatowego wyznaczonej do realizacji Modułu III programu

Pełna nazwa jednostki organizacyjnej Samorządu powiatowego:			
Miejscowość	Kod pocztowy	Ulica	Nr posesji

Gmina	Powiat	Województwo	Nr kierunkowy
Nr telefonu stacjonarnego	Nr telefonu komórkowego	adres http://www	e-mail
REGON		Nr identyfikacyjny NIP	
<b>Rachunek bankowy do obsługi środków PFRON przyznanych w ramach programu</b>			
Nazwa banku		Nr rachunku bankowego	

## 3. Osoby uprawnione do reprezentowania Samorządu powiatowego i zaciągania zobowiązań finansowych

W przypadku większej liczby upoważnionych osób należy dodać kolejne wiersze.

Lp.	Imię i Nazwisko	Funkcja
1.		
2.		

## 4. Osoby upoważnione do składania wyjaśnień dotyczących zapotrzebowania

Lp.	Imię i Nazwisko	Nr telefonu stacjonarnego (wraz kierunkowym) lub komórkowego	e-mail
1.			
2.			

## 5. Szacowana kwota na realizację Modułu III programu

Należy wskazać przewidywane potrzeby w ramach Modułu III programu. Środki PFRON na realizację Modułu III programu będą przyznane zgodnie z zasadami określonymi w programie. W sytuacji gdy kwota wnioskowana będzie niższa od kwoty wyliczonej przez PFRON, środki zostaną przekazane w wysokości wnioskowanej.

**Uwaga!** Pomoc dla osób niepełnosprawnych w ramach Modułu III programu udzielana jest 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 **5 miesięcy**. W każdym z wykazanych miesięcy musi wystąpić brak możliwości korzystania z opieki w placówce rehabilitacyjnej przez okres co najmniej 5 kolejnych następujących po sobie dni roboczych.

**Uwaga!** Pomoc finansowa w ramach Modułu III programu skierowana jest do osób niepełnosprawnych, które są lub były w okresie od 9 marca 2020 roku:

- 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 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, bądź uczniami szkół specjalnych przysposabiających do pracy funkcjonujących na podstawie ustawy Prawo oświatowe;
- 8) pełnoletnimi (od 18 do 25 roku życia) wychowankami ośrodków rehabilitacyjno-edukacyjno-wychowawczych oraz ośrodków rewalidacyjno-wychowawczych funkcjonujących na podstawie ustawy Prawo oświatowe.

Lp.	Przeznaczenie środków	Wysokość środków (w zł)
1.	Realizacja Modułu III programu – pomoc osobom niepełnosprawnym	zł
2.	Obsługa realizacji programu (maksymalnie 2,5%)	zł
<b>RAZEM</b>		<b>zł</b>

**Uwaga!** W sytuacji, gdy samorząd powiatowy występuje także na rzecz osób niepełnosprawnych z terenu działania innego samorządu powiatowego, należy dołączyć załącznik do zapotrzebowania, obejmujący ww. tabelę, obejmującą realizację programu na terenie samorządu powiatowego, który nie będzie przystępować do realizacji programu.

## 6. Załączniki wymagane do zapotrzebowania

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do zapotrzebowania (przy właściwej odpowiedzi należy wstawić znak „X”)		Uzupełniono Tak/Nie	Data uzupełnienia
		Tak	Nie		
1.	Pełnomocnictwo – w przypadku, gdy zapotrzebowanie podpisane jest przez osoby upoważnione (na mocy pełnomocnictwa) do reprezentowania Wnioskodawcy.				
2.	Inne załączniki (należy wymienić jakie):				

**Składając niniejsze zapotrzebowanie zobowiązuję się do przystąpienia do realizacji Modułu III programu „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi”.**

..... dnia .....r.	
.....	.....
<i>pieczętka imienna</i>	<i>pieczętka imienna</i>
<i>podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Samorządu powiatowego i zaciągania zobowiązań finansowych</i>	

**Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów do przedmiotowego zapotrzebowania:**

<i>pieczętka imienna, podpis pracownika PFRON</i>
<i>data, podpis:</i>