Załącznik Nr 1
do regulaminu uczestnictwa w programie

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Powiat Buski/Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Busku-Zdroju
ul. Bohaterów Warszawy 120, 28-100 Busko-Zdrój Tel. 41 234 56 88

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
do udziału w programie
„POMOC OSOBOM NIEPEŁNOSPRAWNYM POSZKODOWANYM W WYNIKU ŻYWIOŁU LUB SYTUACJI KRYZYSOWYCH WYWOŁANYCH CHOROBAMI ZAKAŹNYMI"
PROGRAM W RAMACH MODUŁU IV
FINANSOWANY ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH-REALIZOWANY W 2021 R. PRZEZ POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W BUSKU-ZDROJU

Dane Beneficjenta	Imię i nazwisko	
	Płeć:	Kobieta ☐ Mężczyzna ☐
	PESEL	
Dane kontaktowe	Ulica	
	Nr domu	
	Nr lokalu	
	Miejscowość	
	Kod pocztowy	
	Województwo	
	Powiat	
	Gmina	
	Telefon kontaktowy	
Dane osobowe rodzica/opiekuna prawnego	Imię i nazwisko	
	Ulica	
	Nr domu	
	Nr lokalu	
	Miejscowość	
	Kod pocztowy	
	Gmina	
	Telefon kontaktowy	

Posiadane orzeczenie	Jestem osobą z niepełnosprawnościami	Orzeczenie o niepełnosprawności ☐ Orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu: znacznym ☐ umiarkowanym ☐ lekkim ☐ Grupa inwalidzka: I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ Całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji ☐ Całkowita niezdolność do pracy ☐ Częściowa niezdolność do pracy ☐

	Niepełnosprawność sprzężona (2 lub 3 przyczyny niepełnosprawności	Tak ☐ Nie ☐
Dane dotyczące gospodarstwa domowego (wsparcie może otrzymać jedna osoba niepełnosprawna w rodzinie)		☐ osoba samotnie gospodarująca ☐ osoba prowadząca wspólne gospodarstwo domowe

Oświadczam, że:

1. zgłaszam chęć uczestnictwa/uczestnictwa podopiecznego[1] w programie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych „Pomoc osobom niepełnosprawnym poszkodowanym w wyniku żywiołu lub sytuacji kryzysowych wywołanych chorobami zakaźnymi" – Moduł IV – wsparcie, które polega na uzyskaniu:

☐ **- paczki ze środkami czystości i ochrony osobistej**

☐ **- paczki żywnościowej**

2 . nie ubiegam się i nie otrzymałam/em na podstawie odrębnego wniosku pomocy finansowej ze środków PFRON na realizację dodatkowego wsparcia, w tym z samorządu województwa lub z samorządu powiatowego lub gminnego,
3. dane są zgodne z prawdą i podaję je dobrowolnie.

Zobowiązuję się do:

1. niezwłocznego informowania o wszelkich zmianach okoliczności faktycznych mogących mieć wpływ na realizację Programu,
2. do odbioru paczki żywnościowej i paczki ze środkami czystości i ochrony osobistej oraz podpisania karty odbioru.

Do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć:

1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego.
2. Klauzula informacyjna.
3. Kserokopia pełnomocnictwa lub postanowienie sądu, jeżeli ustanowiony jest pełnomocnik lub opiekun prawny(jeżeli dotyczy).

miejscowość	data	podpis uczestnika/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika

[1] Niepotrzebne skreślić