Załącznik nr 4 do umowy
nr……………………………….

………………………………………………..
numer karty wnioskodawcy

………………………………………………..
imię nazwisko wnioskodawcy

……………………………………………………..
podmiot udzielający pomocy (pieczęć)

CZĘŚĆ A

WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY POKRZYWDZONEMU PRZESTĘPSTWEM LUB OSOBIE NAJBLIŻSZEJ ze środków Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej (należy wypełnić wszystkie pola)		
Data wniosku ………../…………../2017	PESEL ……………………………………………………………………..	
Dane wnioskodawcy		
Imię	Nazwisko	Wiek
Nr telefonu	Adres (ulica, nr domu, mieszkania, kod, miejscowość)	Stan cywilny
Stan rodzinny (dzieci, wiek)	Czy są inni pokrzywdzeni? (jeśli tak to proszę o ich wskazanie)	
Źródło utrzymania, dochód na członka rodziny (jeśli wniosek składa pokrzywdzony)		
Jeśli wniosek składa osoba najbliższa pokrzywdzonego, proszę wpisać dane pokrzywdzonego		
Rodzaj i skutki przestępstwa, które dotknęło pokrzywdzonego (proszę zaznaczyć i uzupełnić pola)		
◻ uszkodzenie ciała ◻ bójka lub pobicie ◻ wypadek komunikacyjny ◻ groźby karalne ◻ zgwałcenie ◻ inne przeciwko wolności seksualnej ◻ przemoc w rodzinie ◻ niealimentacja ◻ kradzież ◻ rozbój ◻ oszustwo ◻ uszkodzenie mienia ◻ inne przestępstwo nie wymienione wyżej (podać jakie?) …… …… Szczegółowy opis przestępstwa, data i miejsce popełnienia przestępstwa, skutki przestępstwa ………………………. …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… …… ……		
Rodzaj wnioskowanej pomocy (można zakreślić więcej niż jeden rodzaj pomocy)		
◻ pomoc prawna; ◻ finansowanie alternatywnych metod rozwiązywania sporów (np. mediacja); ◻ pomoc tłumacza ◻ pomoc tłumacza migowego ◻ psychoterapia lub pomoc psychologiczna; ◻ pomoc psychiatryczna; ◻		

<u>**Proszę o wypełnianie wniosków elektronicznie bądź czytelnie drukowanymi literami**</u>

Nie zapomnij o zachowaniu kserokopii dokumentów przedłożonych przez wnioskodawcę oraz o zachowaniu wszelkiej dokumentacji sporządzonej w toku udzielania pomocy (opinie, wnioski, pozwy, itp.)

pokrywanie kosztów świadczeń zdrowotnych, wyrobów medycznych, ortopedycznych; □ pokrywanie kosztów związanych z kształceniem w szkołach publicznych □ finansowanie szkoleń i kursów □ pokrywanie kosztów czasowego zakwaterowania lub udzielania schronienia; □ finansowanie okresowych dopłat do bieżących zobowiązań czynszowych za lokal mieszkalny; □ dostosowanie lokalu mieszkalnego lub domu jednorodzinnego do potrzeb osoby pokrzywdzonej przestępstwem; □ finansowanie przejazdów środkami komunikacji publicznej lub pokrywanie kosztów transportu związanych z uzyskiwaniem świadczeń i regulowaniem w/w spraw; □ pokrywanie kosztów żywności lub bonów żywnościowych; □ pokrywanie kosztów zakupu odzieży, bielizny, obuwia, środków czystości i higieny osobistej; □ finansowanie kosztów zorganizowanego wyjazdu uprawnionego małoletniego □ finansowanie kosztów wyjazdu osoby uprawnionej wraz z małoletnim nad którym sprawuje pieczę □ finansowanie kosztów wyjazdu małoletniego wraz z osobą podczas którego udzielana będzie pomoc o którym mowa w § 26 pkt 4 rozporządzenia □ inna (proszę opisać) .....
.....
.....

Pouczenie
. Pomocy z Funduszu udziela się w takim zakresie, w jakim nie została udzielona z innych źródeł. . Osoba, która wykorzystała udzieloną pomoc niezgodnie z jej przeznaczeniem, jest obowiązana do zwrotu równowartości uzyskanych świadczeń (art. 43 § 16 k.k.w.). . W wypadku ustalenia, że osoba, której udzielono pomocy, wykorzystała ją niezgodnie z przeznaczeniem, podmiot, który udzielił pomocy, jest obowiązany do wezwania tej osoby do zwrotu równowartości uzyskanych świadczeń w terminie 30 dni od dnia wezwania jej do zwrotu (art. 43 § 17 k.k.w.). . Osoba, która wykorzystała udzieloną pomoc niezgodnie z jej przeznaczeniem i pomimo wezwania nie zwróciła jej równowartości, traci prawo do dalszej pomocy, chyba że zachodzą wyjątkowe okoliczności uzasadniające udzielenie jej takiej pomocy (art. 43 § 18 k.k.w.).
Oświadczenia wnioskodawcy
. Oświadczam, że nie udzielono mi pomocy w tym samym zakresie z innych źródeł. . Oświadczam, że zapoznałem się z obowiązkiem zwrotu równowartości uzyskanych świadczeń w razie wykorzystania pomocy z Funduszu niezgodnie z jej przeznaczeniem. . Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia wniosku i udzielenia pomocy przez ..... (adres siedziby i pełna nazwa Wykonawcy) . Jednocześnie oświadczam że wiem, iż przysługuje mi prawo do wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania oraz że obowiązek podania danych przed udzieleniem mi pomocy wynika z treści §28 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 29 września 2015 r. w sprawie Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1544). ..... (podpis wnioskodawcy)

Załączniki wniosku, uzasadniające udzielenie pomocy:

- .....;
- .....;
- .....;
- .....;
- .....;
- .....;

(proszę wpisać dokumenty (np. potwierdzające stosunek rodzinny lub pokrewieństwa, odpisy orzeczeń (zarządzeń postanowień, wyroków) wydanych w postępowaniu karnym, odpisy zaświadczeń lekarskich dotyczących doznania uszczerbku na zdrowiu, itp.) uzasadniające udzielenie pomocy)

* - niewłaściwe skreślić

Proszę o wypełnianie wniosków elektronicznie bądź czytelnie drukowanymi literami

Nie zapomnij o zachowaniu kserokopii dokumentów przedłożonych przez wnioskodawcę oraz o zachowaniu wszelkiej dokumentacji sporządzonej w toku udzielania pomocy (opinie, wnioski, pozwy, itp.)

Załącznik nr 4 do umowy
nr .....

.....
numer karty wnioskodawcy

....
imię nazwisko wnioskodawcy podmiot udzielający pomocy (pieczęć)

CZĘŚĆ B

Szczegółowe uzasadnienie przyznania pomocy oraz jej zakresu- wypełnia Wykonawca

(szczegółowy opis, na jakiej podstawie wnioskodawca został uznany za pokrzywdzoną przestępstwem; czy zweryfikowano stan majątkowy pokrzywdzonego przed udzieleniem pomocy; jak ustalono potrzeby wnioskodawcy, zwłaszcza w wypadku gdy nie złożył żadnych dokumentów; czy przydzielone świadczenia wynikają bezpośrednio z następstw popełnionego przestępstwa i czy są to tylko świadczenia które mają na celu złagodzenie skutków przestępstwa? Koszt udzielenia schronienia wykonawca wpisuje z określeniem dat pobytu pokrzywdzonego w placówce, a wydatek winien być iloczynem dni spędzonych w placówce i kosztu osobodoby określonego w ofercie.)

Uwaga !!! - Podmiot ustali zakres potrzeb pokrzywdzonego wynikający bezpośrednio z następstw przestępstwa oraz wskaże rodzaje świadczeń, mających na celu złagodzenie jego skutków. Pomocy z Funduszu nie udziela się jeżeli od czasu popełnienia przestępstwa lub wystąpienia jego skutków upłynął okres dłuży niż 5 lat.

W szczególnie uzasadnionych przypadkach (np. wypadek komunikacyjny, przestępstwa seksualne, przemoc), podmiot może udzielać pomocy w czasie dłuższym niż 5 lat od dnia stwierdzenia przestępstwa, popełnienia czynu lub wystąpienia skutków przestępstwa.

.....
.....
.....
.....

DATA UDZIELENIA POMOCY (wpisy dokonywać chronologicz-nie)	RODZAJ WSPARCIA (z podziałem na działania z §26 pkt 1-15 rozporządzenia, na bazie działań wpisanych w kosztorys)	KWOTA POMOCY [zł] (dotyczy świadczeń z §26 pkt 5-15 rozporządzenia) / CZAS POMOCY [h] dokł. 0.5h (dotyczy świadczeń z §26 pkt 1-4 rozporządzenia)	OPIS UDZIELONEJ POMOCY	PODPIS OSOBY UDZIELAJĄCEJ POMOCY	PODPIS BENEFICJENTA (potwierdzenie udzielenia pomocy) NIE PODPISYWAĆ BEZ WYPEŁNIENIA OPISU POMOCY
	Suma udzielonych świadczeń	[zł] / prawnik/psycholog / tłumacz / [h]			

Niniejszym stwierdzam, że pomocy udzielono
w rozmiarze i kwotach wskazanych w ww. polach.

Podpis koordynatora projektu

Pomoc w ramach wolontariatu (opis)- .....
.....

Proszę o wypełnianie wniosków elektronicznie bądź czytelnie drukowanymi literami

Nie zapomnij o zachowaniu kserokopii dokumentów przedłożonych przez wnioskodawcę oraz o zachowaniu wszelkiej dokumentacji sporządzonej w toku udzielania pomocy (opinie, wnioski, pozwy, itp.)