

.....
numer karty wnioskodawcy

.....
imię nazwisko wnioskodawcy

.....
podmiot udzielający pomocy (pieczęć)

CZĘŚĆ A

WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY POKRZYWDZONEMU PRZESTĘPSTWEM LUB CZŁONKOWI RODZINY POKRZYWDZONEGO ze środków Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej (należy wypełnić <u>wszystkie</u> pola)		
Data wniosku	/...../2014	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 członek rodziny pokrzywdzonego, proszę wpisać dane pokrzywdzonego		
Rodzaj i skutki przestępstwa, które dotknęło <u>pokrzywdzonego</u> (proszę zaznaczyć i uzupełnić pola)		
<input type="checkbox"/> uszkodzenie ciała <input type="checkbox"/> bójka lub pobicie <input type="checkbox"/> wypadek komunikacyjny <input type="checkbox"/> groźby karalne <input type="checkbox"/> zgwałcenie <input type="checkbox"/> inne przeciwko wolności seksualnej <input type="checkbox"/> przemoc w rodzinie <input type="checkbox"/> niealimentacja <input type="checkbox"/> kradzież <input type="checkbox"/> rozbój <input type="checkbox"/> oszustwo <input type="checkbox"/> uszkodzenie mienia <input type="checkbox"/> inne przestępstwo, jakie?		
Szczegółowy opis przestępstwa, data i miejsce popełnienia przestępstwa, skutki przestępstwa		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
Dodatkowe informacje wnioskodawcy		
.....		
Rodzaj wnioskowanej pomocy (można zakreślić więcej niż jeden rodzaj pomocy)		
<input type="checkbox"/> pomoc prawna; <input type="checkbox"/> finansowanie alternatywnych metod rozwiązywania sporów (np. mediacja); <input type="checkbox"/> psychoterapia lub pomoc psychologiczna; <input type="checkbox"/> pomoc psychiatryczna; <input type="checkbox"/> pokrywanie kosztów świadczeń zdrowotnych, wyrobów medycznych, ortopedycznych; <input type="checkbox"/> pokrywanie kosztów związanych z edukacją ogólnokształcącą i zawodową; <input type="checkbox"/> pokrywanie kosztów czasowego zakwaterowania lub udzielania schronienia; <input type="checkbox"/> finansowanie okresowych dopłat do bieżących zobowiązań czynszowych za lokal mieszkalny; <input type="checkbox"/> dostosowanie lokalu mieszkalnego lub budynku mieszkalnego do potrzeb osoby pokrzywdzonej przestępstwem; <input type="checkbox"/> finansowanie przejazdów środkami komunikacji publicznej lub pokrywanie kosztów transportu związanych z uzyskiwaniem świadczeń i regulowaniem w/w spraw; <input type="checkbox"/> pokrywanie kosztów żywności lub bonów żywnościowych; <input type="checkbox"/> pokrywanie kosztów zakupu odzieży, bielizny, obuwia, środków czystości i higieny osobistej; <input type="checkbox"/> inna (proszę opisać)		
.....		

Pouczenie

1. Pomocy z Funduszu udziela się w takim zakresie, w jakim nie została udzielona z innych źródeł.
2. Osoba, która wykorzystwała udzieloną pomoc niezgodnie z jej przeznaczeniem, jest obowiązana do zwrotu równowartości uzyskanych świadczeń (art. 43 § 16 k.k.w.).
3. W wypadku ustalenia, że osoba, której udzielono pomocy, wykorzystwała 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.).
4. Osoba, która wykorzystwała 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

1. Oświadczam, że nie udzielono mi pomocy w tym samym zakresie z innych źródeł.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z obowiązkiem zwrotu równowartości uzyskanych świadczeń w razie wykorzystania pomocy z Funduszu niezgodnie z jej przeznaczeniem.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia wniosku i udzielenia pomocy przez
(adres siedziby i pełna nazwa Wykonawcy)
4. 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 §27 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 6 lutego 2014 r. w sprawie Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej (Dz. U. z 2014 r., poz. 189).

.....
(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

.....
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.)

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

DATA UDZIELENIA POMOCY (wpisy dokonywać chronologicz- nie)	RODZAJ WSPARCIA (z podziałem na działania z §25 pkt 1-10 rozporządzenia, na bazie działań wpisanych w kosztorys)	KWOTA POMOCY [zł] (dotyczy świadczeń z §25 pkt 3-10 rozporządzenia)	OPIS UDZIELONEJ POMOCY	PODPIS OSOBY UDZIELAJĄCEJ POMOCY	PODPIS BENEFICJENTA (potwierzenie udzielenia pomocy) NIE PODPISYWAĆ BEZ WYPEŁNIENIA OPISU POMOCY
		CZAS POMOCY [h] dokł. 0.5h (dotyczy świadczeń z §25 pkt 1-2 rozporządzenia)			
Suma udzielonych świadczeń		[zł]			
		prawnik/psycholog / [h]			

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

.....
Podpis koordynatora projektu

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