

.....
Dane podmiotu

.....
Miejsce udzielenia pomocy

CZĘŚĆ A

WNIOSEK O UDZIELENIE POMOCY OSOBIE POKRZYWDZONEJ PRZESTĘPSTWEM, ŚWIADKOWI OSOBIE NAJBLIŻSZEJ ze środków Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej – Funduszu Sprawiedliwości (należy wypełnić <u>wszystkie</u> pola)															
Data wniosku		PESEL													
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													
DANE WNIOSKODAWCY															
Imię	Nazwisko	Wiek	Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna												
Nr telefonu	Adres (ulica, nr domu, mieszkania, kod, miejscowość)		Stan cywilny												
Stan rodzinny (dzieci na utrzymaniu, wiek)		Czy są inni pokrzywdzeni? (jeżeli tak, to proszę o ich wskazanie)													
Niepełnosprawność: <input type="checkbox"/> nabyta w wyniku przestępstwa <input type="checkbox"/> wrodzona/nabyta <input type="checkbox"/> nie dotyczy															
Źródło utrzymania:		Dochód na członka rodziny (jeżeli wniosek składa pokrzywdzony)													
DANE POKRZYWDZONEGO LUB ŚWIADKA (jeżeli są inne niż wnioskodawcy)															
Imię		Pesel													
Nazwisko		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													
Telefon (proszę uzupełnić w przypadku osoby pełnoletniej)		Adres (ulica, nr domu, mieszkania, kod, miejscowość)													
Skąd dowiedziała/dowiedział się Pani/Pan o Ośrodku?															
<input type="checkbox"/> od rodziny <input type="checkbox"/> z audycji telewizyjnej <input type="checkbox"/> od znajomych <input type="checkbox"/> z audycji radiowej <input type="checkbox"/> z innej organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> z instytucji publicznej, której? <input type="checkbox"/> z Internetu <input type="checkbox"/> inne źródła wiedzy, jakie? <input type="checkbox"/> z gazety															
Kto skierował Panią/Pana do Ośrodka?															
<input type="checkbox"/> Policja <input type="checkbox"/> Żandarmeria Wojskowa <input type="checkbox"/> Prokuratura <input type="checkbox"/> Sąd <input type="checkbox"/> Ośrodek Pomocy Społecznej <input type="checkbox"/> Zespół Interdyscyplinarny ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie <input type="checkbox"/> Ministerstwo Sprawiedliwości <input type="checkbox"/> nikt – sama/sam przyszłam/przyszędłem <input type="checkbox"/> inne															

Rodzaj i skutki przestępstwa, które dotknęło pokrzywdzonego lub świadka

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> przemoc w rodzinie | <input type="checkbox"/> rozbój |
| <input type="checkbox"/> uszkodzenie ciała | <input type="checkbox"/> oszustwo |
| <input type="checkbox"/> bójka lub pobicie | <input type="checkbox"/> uszkodzenie mienia |
| <input type="checkbox"/> niealimentacja | <input type="checkbox"/> wypadek komunikacyjny |
| <input type="checkbox"/> zgwałcenie | <input type="checkbox"/> groźby karalne |
| <input type="checkbox"/> inne przeciwko wolności seksualnej | <input type="checkbox"/> inne przestępstwo niewymienione wyżej (podać jakie?) |
| <input type="checkbox"/> kradzież | |

Data popełnienia przestępstwa

Miejsce popełnienia przestępstwa

Szczegółowy opis przestępstwa

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Skutki przestępstwa

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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.)

Rodzaj wnioskowanej pomocy (można zakreślić więcej niż jeden rodzaj pomocy)

<input type="checkbox"/> pomoc prawna <input type="checkbox"/> psychoterapia lub pomoc psychologiczna <input type="checkbox"/> pomoc psychiatryczna <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"/> pokrywanie kosztów świadczeń zdrowotnych, wyrobów medycznych, ortopedycznych <input type="checkbox"/> pokrywanie kosztów związanych z kształceniem w szkołach publicznych <input type="checkbox"/> pokrywanie kosztów związanych z opieką nad dziećmi w żłobkach i klubach dziecięcych <input type="checkbox"/> finansowanie szkoleń i kursów <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"/> finansowanie alternatywnych metod rozwiązywania sporów (np. mediacja) <input type="checkbox"/> pomoc tłumacza <input type="checkbox"/> pomoc tłumacza migowego <input type="checkbox"/> finansowanie przejazdów środkami komunikacji publicznej lub pokrywanie kosztów transportu związanych z uzyskiwaniem świadczeń i regulowaniem w/w spraw <input type="checkbox"/> dostosowanie lokalu mieszkalnego lub domu jednorodzinnego do potrzeb osoby pokrzywdzonej przestępstwem <input type="checkbox"/> finansowanie kosztów zorganizowanego wyjazdu uprawnionego małoletniego <input type="checkbox"/> finansowanie kosztów wyjazdu osoby uprawnionej wraz z małoletnim nad którym sprawuje pieczę <input type="checkbox"/> finansowanie kosztów wyjazdu małoletniego wraz z osobą podczas którego udzielana będzie pomoc o którym mowa w § 36 pkt 4 rozporządzenia <input type="checkbox"/> zakup urządzeń i wyposażenia
---	---

Pouczenie

1. Pomocy z Funduszu Sprawiedliwości 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 Sprawiedliwości niezgodnie z jej przeznaczeniem.

.....
(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)

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.)

.....
Imię i nazwisko beneficjenta

CZĘŚĆ B

Szczegółowe uzasadnienie przyznania pomocy oraz jej zakresu - wypełnia Wykonawca

- szczegółowy opis, na jakiej podstawie wnioskodawca został uznany za osobę pokrzywdzoną przestępstwem, świadka lub osobę najbliższą;
- czy zweryfikowano stan majątkowy pokrzywdzonego, świadka lub osoby najbliższej 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 (lub odpowiednio – zakres potrzeb świadka 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 dłuższy 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.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

STATUS	
<input type="checkbox"/> Osoba pokrzywdzona przestępstwem	<input type="checkbox"/> Świadek
<input type="checkbox"/> Osoba najbliższa	<input type="checkbox"/> Osoba nieuprawniona

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.)

CZĘŚĆ B	
NR KARTY	ROK

.....
Imię i nazwisko beneficjenta

DATA UDZIELENIA POMOCY (wpisy dokonywać chronologicznie)	RODZAJ WSPARCIA (nr świadczenia z §36 ust. 1 pkt 1-20 oraz §37 ust. 1-2 rozporządzenia, na bazie świadczeń wpisanych w kosztorys)	KWOTA POMOCY [zł]/ wolontariat (dotyczy świadczeń z §36 ust. 1 pkt 1-20 oraz §37 ust. 1-2 rozporządzenia)	OPIS UDZIELONEJ POMOCY	IMIĘ I NAZWISKO OSOBY UDZIELAJĄCEJ POMOCY	PODPIS BENEFICJENTA (potwierdzenie udzielenia pomocy) <u>NIE PODPISYWAĆ BEZ WYPEŁNIENIA OPISU POMOCY</u>
		CZAS POMOCY [h] dokł. 0.5h (dotyczy świadczeń z §36 ust. 1 pkt 1-5 oraz §37 ust. 1-2 rozporządzenia)		PODPIS OSOBY UDZIELAJĄCEJ POMOCY	

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

.....
Podpis koordynatora projektu

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.)