

.....  
numer karty osoby objętej pomocą

.....  
imię nazwisko osoby objętej pomocą

.....  
podmiot udzielający pomocy (pieczęć)

**CZĘŚĆ A**

FORMULARZ UDZIELENIA POMOCY POKRZYWDZONEMU PRZESTĘPSTWEM LUB CZŁONKOWI RODZINY POKRZYWDZONEGO ze środków Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej (należy wypełnić <u>wszystkie</u> pola)		
Data sporządzenia .....	/...../2014	PESEL wnioskodawcy .....
<b>Dane wnioskodawcy</b>		
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		
<b>Rodzaj i skutki przestępstwa, które dotknęło pokrzywdzonego</b> (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 .....		
.....		
.....		
<b>Rodzaj wnioskowanej pomocy</b> (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 osoby objętej pomocą

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, 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

