



Caritas Diecezji Kieleckiej

Załącznik nr 6 do umowy
nr 1/DWMPC-V-5611- 40/15

.....
numer karty wnioskodawcy

.....
imię nazwisko wnioskodawcy

.....
podmiot udzielający pomocy (pieczęć)

CZĘŚĆ A

FORMULARZ UDZIELENIA POMOCY POKRZYWDZONEMU PRZESTĘPSTWEM LUB OSOBIE NAJBLIŻSZEJ ze środków Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej (należy wypełnić <u>wszystkie</u> pola)		
Data wniosku/...../2016	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)		
<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 nie wymienione wyżej (podać jakie?)		
.....		
<u>Szczegółowy</u> 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"/> pomoc tłumacza <input type="checkbox"/> pomoc tłumacza migowego <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 kształceniem w szkołach publicznych <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"/> dostosowanie lokalu mieszkalnego lub domu jednorodzinnego do potrzeb osoby pokrzywdzonej przestępstwem; <input type="checkbox"/> finansowanie przejazdów środkami komunikacji publicznej lub pokrywanie kosztów transportu związanych z uzyskiwaniem świadczeń i		

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

Projekt jest współfinansowany ze środków Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej.



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
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pomocy z Funduszu udziela się w takim zakresie, w jakim nie została udzielona z innych źródeł. 2. Osoba, która wykorzystała 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, 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.). 4. 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
<ol style="list-style-type: none"> 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 Caritas Diecezji Kieleckiej, ul. Jana Pawła II 3, 25-013 Kielce. 4. Jednocześnie oświadczam że wiem, iż przysługuje mi prawo do wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania oraz że o obowiązek podania danych przed udzieleniem mi pomocy wynika z treści §28 ust .Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 29 września 2015 r. w sprawie Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1544). 5. Oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem przyznawania środków z Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym a Pomocy Postpenitencjarnej. Regulamin dostępny jest w siedzibie CIK oraz na stronie Internetowej CIK. 6. Wyrażam zgodę aby Caritas Diecezji Kieleckiej podjął kontakt z innymi podmiotami świadczącymi pomoc ze środków Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej, celem weryfikacji udzielonej mi pomocy oraz właściwego rozpatrzenia złożonego wniosku. <p style="text-align: right;">..... (podpis wnioskodawcy)</p>

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 skreśli



.....
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 dłużej 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 chronologicznie)	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)	OPIS UDZIELONEJ POMOCY	PODPIS OSOBY UDZIELAJĄCEJ POMOCY	PODPIS BENEFICJENTA (potwierdzenie udzielenia pomocy) NIE PODPISYWAĆ BEZ WYPEŁNIENIA OPISU POMOCY
		CZAS POMOCY [h] dokł. 0.5h (dotyczy świadczeń z §26 pkt 1-4 rozporządzenia)			
	Suma udzielonych świadczeń	[zł] prawnik/psycholog / tłumacz / [h]			

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

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

Projekt jest współfinansowany ze środków Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej.

