



Numer wniosku	Data wniosku	Miejsce złożenia wniosku										
<b>WNIOSEK</b> <b>O UDZIELENIE POMOCY POSTPENITENCJARNEJ</b> ze środków Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej – Funduszu Sprawiedliwości (należy czytelnie wypełnić <u>wszystkie</u> pola)												
<input type="checkbox"/> Pierwszy wniosek		<input type="checkbox"/> Kolejny wniosek										
<b>Oznaczenie podmiotu, do którego kierowany jest wniosek</b>												
<input type="checkbox"/> dyrektor jednostki penitencjarnej	<input type="checkbox"/> zawodowy kurator sądowy	<input type="checkbox"/> podmiot określony w art. 38 § 1 k.k.w., z wyłączeniem osób godnych zaufania (np. fundacja lub stowarzyszenie)										
<b>Oznaczenie osoby uprawnionej</b>												
<input type="checkbox"/> Osoba zwolniona z zakładu karnego/aresztu śledczego		<input type="checkbox"/> Osoba najbliższa osobie pozbawionej wolności										
<input type="checkbox"/> Osoba pozbawiona wolności lub zwalniana z zakładu karnego/aresztu śledczego		<input type="checkbox"/> Osoba najbliższa osobie zwolnionej z zakładu karnego/aresztu śledczego										
<b>Dane osoby uprawnionej</b>												
Imię:		Nazwisko:										
Obywatelstwo:		PESEL <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>										
Data urodzenia:												
Nr telefonu:	Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	Status UKR <input type="checkbox"/> TAK Dotyczy obywateli Ukrainy posiadających PESEL z przypisanym statusem „UKR” <sup>1</sup>										
E-mail:												
Adres zamieszkania (ulica, nr domu, mieszkania, kod pocztowy, miejscowość):	Dokument potwierdzający tożsamość (seria i numer):  Wypełnić w przypadku braku nr PESEL	Stan cywilny:										
Czy osoba uprawniona jest osobą z niepełnosprawnością: <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Wysokość środków posiadanych w dniu zwolnienia (dotyczy osoby zwalnianej lub zwolnionej z zakładu karnego/aresztu śledczego):	Zakład karny/areszt śledczy (w którym odbywa lub odbywała się kara):										

<sup>1</sup> Posiadanie numeru PESEL z przypisanym mu statusem „UKR” stanowi urzędowe poświadczenie posiadania uprawnienia do pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz uprawnień towarzyszących, wynikających z poszczególnych przepisów ustawy specjalnej, m.in. związanych z wykonywaniem w Polsce pracy. Wyjazd z Polski na okres powyżej 30 dni powoduje utratę statusu cudzoziemca UKR i jego automatyczną zmianę na status NUE.

<p>Data osadzenia:</p> <p>W przypadku osoby najbliższej należy uzupełnić datę osadzenia dla członka rodziny/bliskiego osoby, której dotyczy wniosek</p>	<p>Data zwolnienia:</p> <p>W przypadku osoby najbliższej należy uzupełnić datę zwolnienia dla członka rodziny/bliskiego osoby, której dotyczy wniosek</p>
---	---

<b>Oznaczenie wnioskodawcy</b> (wypełnić w przypadku złożenia wniosku w imieniu osoby uprawnionej)		
<input type="checkbox"/> Prokurator	<input type="checkbox"/> Pełnomocnik	<input type="checkbox"/> Przedstawiciel skazanego, ustanowiony na podstawie art. 42 § 1 k.k.w.
<input type="checkbox"/> obrońca	<input type="checkbox"/> Przedstawiciel ustawowy osoby uprawnionej (np. rodzic lub opiekun)	

<b>Dane wnioskodawcy</b> (wypełnić w przypadku złożenia wniosku w imieniu osoby uprawnionej)	
Imię:	Nazwisko:
Oznaczenie miejsca pracy (nie dotyczy przedstawiciela ustawowego):	Adres miejsca pracy (lub adres zamieszkania w przypadku przedstawiciela ustawowego):
Nr telefonu:	E-mail:

<b>Źródło informacji o pomocy udzielanej ze środków Funduszu Sprawiedliwości</b> (można wybrać więcej niż jedną odpowiedź, udzielenie odpowiedzi na to pytanie nie jest obowiązkowe)		
<input type="checkbox"/> od kuratora sądowego <input type="checkbox"/> od rodziny <input type="checkbox"/> z gazety	<input type="checkbox"/> z organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> od znajomych <input type="checkbox"/> od wychowawcy w jednostce penitencjarnej	<input type="checkbox"/> z Internetu <input type="checkbox"/> z instytucji publicznej <input type="checkbox"/> inne źródła wiedzy, jakie?

<b>Sytuacja materialna i rodzinna osoby uprawnionej</b>		
Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym		
Imię i nazwisko:	Data urodzenia:	Stopień pokrewieństwa:

Łączny dochód osoby uprawnionej/rodziny:	
Źródło dochodu:	
Tytuł prawny do nieruchomości (proszę wypełnić w przypadku wniosku o okresową dopłatę do bieżących zobowiązań związanych z nieruchomością):	
<input type="checkbox"/> własność <input type="checkbox"/> mieszkanie spółdzielcze <input type="checkbox"/> mieszkanie komunalne	<input type="checkbox"/> najem lub dzierżawa <input type="checkbox"/> użyczenie <input type="checkbox"/> inne – jakie?

Stałe średnie miesięczne wydatki osoby uprawnionej oraz jej rodziny:
--

<b>Jakiej pomocy Pani/Pan potrzebuje?</b> (możliwe jest zaznaczenie więcej niż jednej odpowiedzi)	
<input type="checkbox"/>	1) pokrywanie kosztów czasowego zakwaterowania lub udzielania schronienia w ośrodku dla bezdomnych;
<input type="checkbox"/>	2) okresowa dopłata do bieżących zobowiązań czynszowych i opłat za energię ciepłą, energię elektryczną, gaz, wodę, opał, odbiór nieczystości stałych i płynnych za lokal mieszkalny lub dom jednorodzinny, do którego osoba uprawniona posiada tytuł prawny, proporcjonalnie do liczby osób stale zamieszkujących w tym lokalu lub domu;
<input type="checkbox"/>	3) organizowanie i finansowanie poradnictwa prawnego, promocji zatrudnienia i aktywizacji zawodowej;
<input type="checkbox"/>	4) organizowanie i finansowanie szkoleń i kursów podnoszących kwalifikacje zawodowe oraz pokrywanie kosztów egzaminów potwierdzających kwalifikacje zawodowe;
<input type="checkbox"/>	5) organizowanie i finansowanie programów podnoszących kompetencje społeczne, mających na celu przeciwdziałanie czynnikom kryminogennym, a zwłaszcza agresji i przemocy, w tym przemocy w rodzinie, oraz problemom uzależnień;
<input type="checkbox"/>	6) zakup materiałów, narzędzi, wyposażenia oraz urządzeń niezbędnych do realizacji programów, o których mowa w pkt 5, oraz szkoleń i kursów podnoszących kwalifikacje zawodowe, a także wykonywania pracy nieodpłatnej;
<input type="checkbox"/>	7) pokrywanie kosztów związanych ze specjalistycznym leczeniem lub rehabilitacją leczniczą oraz uzyskiwaniem orzeczeń o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub niezdolności do pracy;
<input type="checkbox"/>	8) pokrywanie kosztów transportu specjalnego, zgodnie ze wskazaniami lekarskimi, lub przejazdów do miejsca pobytu, nauki, terapii, pracy, zwłaszcza wykonywanej nieodpłatnie;
<input type="checkbox"/>	9) pokrywanie kosztów związanych z uzyskaniem dowodu osobistego oraz innych dokumentów niezbędnych do uzyskania pomocy;
<input type="checkbox"/>	10) pokrywanie kosztów badań specjalistycznych wymaganych przy kwalifikowaniu do udziału w programach, o których mowa w pkt 5, szkoleniach i kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe oraz pracy wykonywanej nieodpłatnie;
<input type="checkbox"/>	11) pokrywanie kosztów grupowego ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków osób zakwalifikowanych do udziału w szkoleniach i kursach podnoszących kwalifikacje zawodowe, programach, o których mowa w pkt 5, oraz pracy wykonywanej nieodpłatnie;
<input type="checkbox"/>	12) promowanie i wspieranie inicjatyw i przedsięwzięć służących skutecznej readaptacji skazanych, działań o charakterze edukacyjnym i informacyjnym, organizowanie i prowadzenie szkoleń, organizowanie i zlecanie badań naukowych dotyczących sytuacji osób skazanych;
<input type="checkbox"/>	13) pokrywanie kosztów związanych z organizacją i udzielaniem pomocy rzeczowej w formie:
<input type="checkbox"/>	a) żywności,
<input type="checkbox"/>	b) odzieży, bielizny, obuwia, środków czystości i higieny osobistej,
<input type="checkbox"/>	c) biletów komunikacji publicznej,
<input type="checkbox"/>	d) leków, środków opatrunkowych i sanitarnych,
<input type="checkbox"/>	e) wyrobów medycznych, w tym protez, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych,
<input type="checkbox"/>	f) pomocy naukowych, dydaktycznych, książek i materiałów biurowych,
<input type="checkbox"/>	g) niezbędnych przedmiotów wyposażenia domowego lub innych przedmiotów użytku osobistego ułatwiających funkcjonowanie społeczne w miejscu zamieszkania lub pobytu, zwłaszcza osób niepełnosprawnych,
<input type="checkbox"/>	h) materiałów, narzędzi i wyposażenia niezbędnego do uczestnictwa w szkoleniu zawodowym, wykonywania wyuczonego zawodu albo prowadzenia działalności gospodarczej na własny rachunek;
<input type="checkbox"/>	14) udzielanie świadczeń pieniężnych na cel wskazany przez organ lub podmiot udzielający pomocy.
<p>.....</p> <p>Data i czytelny podpis (imię i nazwisko) osoby uprawnionej lub wnioskodawcy</p>	

<b>Pouczenie</b>
1. Pomocy z Funduszu Sprawiedliwości udziela się w takim zakresie, w jakim nie została udzielona z innych źródeł (art. 43 § 13 k.k.w.).

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 uprawnionej**

(lub wnioskodawcy będącego jej przedstawicielem ustawowym)

1. Oświadczam, że nie udzielono mi (osobie uprawnionej, w imieniu której składam wniosek) pomocy w tym samym zakresie z innych źródeł, a o skorzystaniu z innych źródeł pomocy każdorazowo poinformuję podmiot udzielający pomocy.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z obowiązkiem zwrotu równowartości uzyskanych świadczeń w razie wykorzystania pomocy z Funduszu Sprawiedliwości niezgodnie z jej przeznaczeniem.
3. Oświadczam, że w przypadku złożenia kolejnego wniosku zobowiązuję się do przedłożenia informacji potwierdzającej wykorzystanie dotychczas udzielonej pomocy zgodnie z przeznaczeniem.

.....  
Data i czytelny podpis (imię i nazwisko) osoby  
Uprawnionej lub wnioskodawcy

### **Dokumenty załączone do wniosku, które uzasadniają udzielenie pomocy**

Nazwa i rodzaj dokumentu:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

Proszę nie zapomnieć o odbiorze swoich dokumentów przedłożonych podmiotowi udzielającemu pomocy. Podmiot ten powinien przechowywać ich kserokopię oraz wszelką dokumentację sporządzoną w toku udzielania pomocy (opinie, wnioski, pozwy, itp.).

Imię i nazwisko osoby uprawnionej:

Numer wniosku:

**CZĘŚĆ B1 – Udzielona  
pomoc**

**Półrocze:**

**Rok:**



Osobom zwolnionym z zakładów karnych i aresztów śledczych, a także osobom im najbliższym, udziela się pomocy **nie dłużej niż przez okres 6 miesięcy od dnia zwolnienia**, chyba że konieczność przedłużenia tego okresu do 12 miesięcy wynika ze szczególnych okoliczności, takich jak choroba lub czasowa niezdolność do pracy.

Przy określaniu wysokości przyznanej pomocy ww. osobom, uwzględnia się w szczególności wymiar kary pozbawienia wolności, warunki bytowe, stan zdrowia, możliwości uzyskania zatrudnienia oraz inne istotne warunki osobiste i środowiskowe mające wpływ na społeczną readaptację.

Osobom najbliższym dla osób pozbawionych wolności pomocy udziela się **nie dłużej niż przez 6 miesięcy od dnia osadzenia w zakładzie karnym lub areszcie śledczym**, chyba że konieczność przedłużenia tego okresu do 12 miesięcy wynika ze szczególnych okoliczności, takich jak choroba lub czasowa niezdolność do pracy.

#### **Uzasadnienie przyznania pomocy oraz jej zakresu**

(sporządza się w przypadku konieczności przedłużenia okresu udzielania pomocy do 12 miesięcy)