Nr ew. „” PP „ …….…………….…

**Zespół Kuratorskiej Służby Sądowej**

**wykonujący orzeczenia w sprawach karnych** Data wpływu ………………………..

**Sądu Rejonowego w Siedlcach**

ul. Kazimierzowska 31 A

08-110 Siedlce

tel. 025 6400851

email: kuratorzy.dla.doroslych@siedlce.sr.gov.pl

**Wniosek o udzielenie pomocy z Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym**

**oraz Pomocy Postpenitencjarnej**

**I. Dane o skazanym** / **osobie uprawnionej do uzyskania pomocy. (**wypełnia wnioskodawca)

1. Nazwisko i imię .

data urodzenia imię ojca .

adres zamieszkania - pobytu .

dokument potwierdzający tożsamość ……………….………….. telefon…….……..………..…….

PESEL………………………………………………………………………………………..……..

2. Data opuszczenia ZK/AŚ ………………………………………………………………………..

okres pobytu w zakładzie karnym/areszcie …………………………………………………………

wysokość środków posiadanych w dniu zwolnienia ………………………………………………

1. Data osadzenia członka rodziny / skazanego, który bezpośrednio naruszył dobro prawne  
   pokrzywdzonego .
2. Udzielona pomoc przez inne instytucje (rzeczowa, finansowa) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Wykształcenie i odbyte kursy ……………………………………………...……..…………………

………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………..

**II. Sytuacja bytowa osoby / rodziny.**

(wypełnia wnioskodawca)

l. Z kim zamieszkuje ………………………………………………………………….…………

…………………….. ………..…………………………………………., razem osób…….…….

2. Stan cywilny ……………………………………………………

liczba dzieci ……………………………………………………

3. Łączny dochód osoby / rodziny (podkreślić)…………………………………………………………..………………………….  
z jakiego źródła …………………………………………………….…….…………………

…………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………

4. Mieszkanie (zaznaczyć): liczba izb ……………………………….……………..………………

* komunalne
* spółdzielcze
* własnościowe
* wynajęte
* hotel
* schronisko
* inne

5. Stałe miesięczne wydatki osoby / rodziny;

* czynsz zł
* energia zł
* gaz zł
* alimenty zł
* opłata za nocleg zł
* wydatki na leki zł
* inne ………………………..…... zł

zaległości zł

zaległości zł

zaległości zł

zaległości…………….…………..zł

zaległości.. zł

**III. Rodzaj wnioskowanej pomocy (właściwe zaznaczyć)**

* pokrycie kosztów czasowego zakwaterowania lub udzielanie schronienia w ośrodku dla bezdomnych;
* okresowa dopłata do bieżących zobowiązań czynszowych i opłat za energię cieplną, 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;
* sfinansowanie poradnictwa prawnego, promocji zatrudnienia i aktywizacji zawodowej;
* finansowanie szkoleń i kursów podnoszących kwalifikacje zawodowe oraz pokrywanie kosztów egzaminów potwierdzających kwalifikacje zawodowe;
* finansowanie programów podnoszących kompetencje społeczne, mających na celu przeciwdziałanie czynnikom kryminogennym, a zwłaszcza agresji i przemocy, w tym przemocy w rodzinie oraz problemom uzależnień;
* zakup materiałów, narzędzi, wyposażenia oraz urządzeń niezbędnych do realizacji programów, o których mowa w pkt powyżej oraz szkoleń i kursów podnoszących kwalifikacje zawodowe, a także wykonywania pracy nieodpłatnej;
* pokrycie kosztów związanych ze specjalistycznym leczeniem lub rehabilitacją leczniczą oraz uzyskiwaniem orzeczeń o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub niezdolności do pracy;
* pokrycie kosztów transportu specjalnego, zgodnie ze wskazaniami lekarskimi, lub przejazdów do miejsca pobytu, nauki, terapii, pracy, zwłaszcza wykonywanej nieodpłatnie;
* pokrycie kosztów związanych z uzyskaniem dowodu osobistego oraz innych dokumentów niezbędnych do uzyskania pomocy;
* pokrycie 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;
* pokrycie 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;
* 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;
* pokrywanie kosztów związanych z organizacją i zakupem:
  + - żywności lub bonów żywnościowych,
    - odzieży, bielizny, obuwia, środków czystości i higieny osobistej lub bonów towarowych,
    - biletów komunikacji publicznej,
    - leków, środków opatrunkowych i sanitarnych,
    - wyrobów medycznych, w tym protez, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych,
    - pomocy naukowych, dydaktycznych, książek i materiałów biurowych,
    - niezbędnych przedmiotów wyposażenia domowego lub innych przedmiotów użytku osobistego ułatwiających funkcjonowanie społeczne w miejscu zamieszkania lub pobytu, zwłaszcza osób niepełnosprawnych,
    - materiałów, narzędzi i wyposażenia niezbędnego do uczestnictwa w szkoleniu zawodowym, wykonywania wyuczonego zawodu albo prowadzenia działalności gospodarczej na własny rachunek;
* udzielanie świadczeń pieniężnych na cel wskazany przez organ lub podmiot udzielający pomocy.

**Uzasadnienie potrzeby przyznania pomocy (wypełnia wnioskodawca)**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Pouczenie**

1. Pomocy z Funduszu Postpenitencjarnego nie przyznaje się w takim zakresie, w jakim została ona udzielona z innych źródeł (art. 43§13 kkw).
2. Zgodnie z § 39 pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej – Funduszu Sprawiedliwości z dnia 13 września 2017r., nie pokrywa się kosztów związanych ze specjalistycznym leczeniem lub rehabilitacją leczniczą, a także z wyrobami medycznymi, jeżeli mogą być one pokryte na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, chyba że otrzymanie takich samych świadczeń jest niemożliwe albo napotyka szczególne trudności.
3. Osoba, która wykorzystała udzieloną pomoc niezgodnie z jej przeznaczeniem jest obowiązana do zwrotu równowartości uzyskanych świadczeń (art. 43§16 kkw).
4. W wypadku ustalenia, że osoba, której udzielono pomocy, wykorzystała ją niezgodnie z przeznaczeniem, podmiot, który udzielił pomocy, jest obowiązany do wezwania jej do zwrotu (art. 43§17 kkw).
5. Stosowanie do treści art. 7§1 i 3 kkw od niniejszej decyzji służy skarga do właściwego sądu w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia lub doręczenia za pośrednictwem wydającego ją kuratora. Skarga złożona po tym terminie zgodnie z treścią art. 122§1 kpk w zw. z art. 1§2 kkw uznana będzie za bezskuteczną.

Dokumenty potwierdzające dane we wniosku oraz inne informacje uzasadniające przyznanie pomocy postpenitencjarnej ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Oświadczenie**

1. **Oświadczam, że udzielone informacje oraz załączone dokumenty są prawdziwe.**
2. **Oświadczam, że nie udzielono mi pomocy w tym zakresie z innych źródeł.**
3. **Oświadczam, że zapoznałem się z obowiązkiem zwrotu równowartości uzyskanych świadczeń w razie wykorzystania pomocy z Funduszu niezgodnie z jej przeznaczeniem.**
4. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do rozpoznania wniosku i udzielenia pomocy.**
5. **W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku proszę o wypłacenie świadczenia pieniężnego – gotówką/ na konto (właściwe podkreślić).**
6. **Oświadczam, że posiadam rachunek w banku i podaję nr konta (w przypadku wyboru konta) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

Data ……………………..Podpis……………………….

**IV. Stanowisko kuratora zawodowego w przedmiocie udzielenia pomocy.**

1. Po dokonaniu oceny sytuacji osoby / rodziny

stwierdzam, że podane we wniosku okoliczności uzasadniają przyznanie pomocy na rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 września 2017 r. w sprawie Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej w postaci,

w wysokości .....................................................................................................................................

forma płatności………………………………………………………………………

2. Inny rodzaj pomocy ……………………………………………………………………..........

3. Stwierdzam, że…………………………………………………………….

* posiada środki zapewniające podstawowe warunki egzystencji
* jest w stanie samodzielnie przezwyciężyć trudności
* uzyskuje pomoc z innych źródeł
* brak jest środków na koncie Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym i Pomocy Postpenitencjarnej i wniosek opiniuję negatywnie.

Data …………………………

…………………………

Podpis Kuratora Zawodowego

…………………………………

**Akceptacja Kierownika ZKSS**

**Sprawdzono pod względem Dokonano Kontroli Wstępnej**

**formalno–rachunkowym**

…………………………… ………………………………

/podpis/ /Główny Księgowy/

Data ……………………... Data ……………………….

Zatwierdzam do wypłaty ze środków Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej § ……….kwotę …………. (słownie) ………………………………………………

Data ……………………………. ………………………………………..

/Dyrektor Sądu/

Kwituję odbiór zapomogi w wysokości ………………………………………………. złotych

(słownie) …………………………………………………………………………………………….

Data Podpis …….……………………