

Wniosek o przyznanie pomocy pieniężnej

na podstawie ustawy z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 693 ze zm.)

Dane osobowe
Nazwisko i imię
Nr PESEL
Data urodzenia.....
nr telefonu.....

Adres zamieszkania
Miejscowość
Ulica Nr domu Nr mieszkania
Kod Poczta
Województwo.....
Adres do korespondencji (wypełnić, jeśli jest inny niż zamieszkania)
Miejscowość
Ulica nr domu nr mieszkania
Kod Poczta

Nazwa banku i numer konta (26 znaków), na które ma być przekazywane świadczenie pieniężne (w przypadku niewypełnienia tego pola, świadczenie będzie przesyłane za pośrednictwem Poczty Polskiej)
.....

Zwracam się z wnioskiem o przyznanie pomocy pieniężnej na podstawie art. 7 ustawy z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 693 z późn. zm.)¹

Ze względu na trudną sytuację materialną (związaną m.in. z potrzebą zakupu leków, środków opatrunkowych, kosztami leczenia operacyjnego, wysokimi kosztami bieżącego utrzymania, itp.)
ZAŁĄCZNIKI: dokument potwierdzający wysokość otrzymywanego świadczenia (emerytury lub renty), kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/grupie inwalidzkiej, kopia zaświadczenia o stanie zdrowia, kopia wypisu ze szpitala, kopie faktur VAT za zakupione leki/leczenie, kopie rachunków dotyczących kosztów bieżącego utrzymania

¹ Właściwe zaznaczyć

	<p>W związku z zaistnieniem następującego zdarzenia losowego:</p> <p>.....</p> <p>ZAŁĄCZNIKI: dokument potwierdzający wysokość otrzymywanego świadczenia (emerytury lub renty), zaświadczenie z urzędu gminy o poniesionych stratach bądź inne dokumenty potwierdzające wystąpienie zdarzenia losowego</p>
	<p>Na częściowe pokrycie kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, ortopedycznego, pomocniczego (np. wózek inwalidzki, aparat słuchowy itd.):</p> <p>.....</p> <p>ZAŁĄCZNIKI: dokument potwierdzający wysokość otrzymywanego świadczenia (emerytury lub renty), kosztorys wstępny lub faktura pro forma albo kopia faktury VAT, jeśli zakup został już zrealizowany oraz zlecenie zakupu wystawione przez lekarza</p>
	<p>Na dostosowanie pomieszczeń mieszkalnych do rodzaju inwalidztwa</p> <p>ZAŁĄCZNIKI: dokument potwierdzający wysokość otrzymywanego świadczenia (emerytury lub renty), kosztorys wstępny lub faktura pro forma albo kopia faktury VAT, jeśli zakup został już zrealizowany oraz orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/grupie inwalidzkiej</p>
	<p>Na opłacanie pomocy pielęgnacyjnej</p> <p>ZAŁĄCZNIKI: dokument potwierdzający wysokość otrzymywanego świadczenia (emerytury lub renty), kopie rachunków lub dowodów wpłat, kopie umów, z których wynikają ponoszone koszty lub kopie faktur VAT</p>
	<p>Inne, proszę opisać jakie i załączyć odpowiednią dokumentację, w tym dokument potwierdzający wysokość otrzymywanego świadczenia (emerytury lub renty)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Oświadczam, że²:

1) gospodarstwo domowe:

† prowadzę samodzielnie

† prowadzę wspólne z następującymi osobami:

L.P.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Dochód netto ³
1			
2			
3			
4			

2) Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553, ze zm.), oświadczam, że według stanu na dzień sporządzenia wniosku o pomoc pieniężną dane w nim zawarte oraz dane i informacje wynikające z załączonych do wniosku dokumentów są prawdziwe i aktualne.

² Właściwe zaznaczyć

³ W załączeniu należy przedstawić dokumenty potwierdzające wysokość uzyskiwanego dochodu netto wszystkich członków rodziny.

- 3) Spełniam/Nie spełniam⁴ kryteria dochodowe określone w art. 10 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 20 marca 2015 r. *o działaczach opozycji antykomunistycznej...* - w załączeniu przedstawiam dokumenty potwierdzające wysokość uzyskiwanego dochodu netto wszystkich członków rodziny⁵.

.....
data i podpis Wnioskodawcy

POUCZENIE

Pomoc pieniężna przyznawana na podstawie art. 10 ustawy z dnia 20 marca 2015 r. *o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych* (Dz. U. 2015 r. poz. 693 ze zm.) ma charakter jednorazowy i co do zasady przyznawana jest raz do roku. Gdyby przewidywał(a) Pan(i), że sytuacja materialna Pana(i) nie ulegnie zmianie i w latach kolejnych byłby/byłaby Pan(i) zmuszony(a) ponownie korzystać z pomocy pieniężnej, sugerujemy systematyczne gromadzenie faktur, rachunków itp. potwierdzających sposób wydatkowania udzielonej pomocy, a także ponoszenie innych wydatków.

⁴ Niewłaściwe skreślić

⁵ W załączeniu należy przedstawić dokument potwierdzający wysokość uzyskiwanego dochodu netto. Za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu z miesiąca, w którym wniosek został złożony. Do dochodu nie wlicza się kwoty alimentów świadczonych na rzecz innych osób.

WZÓR

.....
.....
(nr ewidencyjny skierowania nadany przez Narodowy Fundusz
Zdrowia)

.....
(pieczętka świadczeniodawcy z numerem umowy
zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia)

Skierowanie na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową *

Nazwisko i imię..... PESEL.....

Adres zamieszkania: nr tel.
(ulica – nr domu i mieszkania) (nr kodu pocztowego) (miejscowość)

Adres do korespondencji: (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)
(ulica – nr domu i mieszkania) (nr kodu pocztowego) (miejscowość)

Dotyczy dzieci:

Nazwisko i imię prawnego opiekuna dziecka.....numer PESEL.....

Rodzaj szkoły,klasa:.....

I. WYWIAD (główne dolegliwości, początek i przebieg choroby, dotychczasowe leczenie):

.....

Szczepienia ochronne (dotyczy dzieci):.....

Przebyte leczenie uzdrowiskowe/rehabilitacja uzdrowiskowa* w ciągu ostatnich 3 lat (podać rok i uzdrowisko):.....

II. BADANIE PRZEDMIOTOWE: Waga Wzrost RR/..... Tętno...../min

Skóra i węzły chłonne obwodowe:.....

Układ oddechowy z oceną wydolności:

.....

Układ krążenia z oceną wydolności wg. NYHA (jeżeli dotyczy):

.....

Układ trawienny:

.....

Układ moczowo-płciowy z oceną wydolności nerek:

.....

Układ ruchu:.....

.....

Zdolność do samoobsługi: TAK NIE

Ocena sprawności ruchowej:

samodzielnie poruszający się

poruszający się przy pomocy:

.....

(określić rodzaj niezbędnej pomocy np. wózek inwalidzki)

Układ nerwowy, narządy zmysłu:

Rozpoznanie: Choroba zasadnicza będąca podstawą wystawienia skierowania w języku polskim wg. ICD-10

--	--	--

.....

Choroby współistniejące: wg. ICD-10

..... wg. ICD-10

Przeciwwskazania do zabiegów z udziałem naturalnych surowców leczniczych**: TAK NIE

Uzasadnienie skierowania na leczenie uzdrowiskowe/rehabilitację uzdrowiskową*:

.....

III. AKTUALNE WYNIKI BADAŃ laboratoryjnych, diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych. (W przypadku leczenia poszpitalnego dołączyć kopię karty informacyjnej ze szpitala)

OB. morfologia krwi

Badanie ogólne moczu

rtg klatki piersiowej

EKG

inne

IV. WSKAZANIE PROPONOWANEGO MIEJSCA I RODZAJU LECZENIA UZDROWISKOWEGO/REHABILITACJI UZDROWISKOWEJ*

UZDROWISKO: NADMORSKIE NIZINNE PODGÓRSKIE GÓRSKIE

RODZAJ ŚWIADCZENIA: UZDROWISKOWE LECZENIE SZPITALNE UZDROWISKOWE LECZENIE SANATORYJNE

UZDROWISKOWE LECZENIE AMBULATORYJNE UZDROWISKOWA REHABILITACJA W SZPITALU UZDROWISKOWYM

UZDROWISKOWA REHABILITACJA W SANATORIUM UZDROWISKOWYM

.....

data.....

(podpis i pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego)

V. OCENA CELOWOŚCI SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE/REHABILITACJĘ UZDROWISKOWĄ* (wypełnia lekarz specjalista balneologii i medycyny fizykalnej lub rehabilitacji medycznej zatrudniony we właściwej komórce organizacyjnej oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia).

Leczenie uzdrowiskowe/rehabilitacja uzdrowiskowa* : WSKAZANE PRZECIWWSKAZANE BRAK WSKAZAŃ

Propozycja miejsca leczenia:

Rodzaj zakładu lecznictwa uzdrowiskowego: (właściwe podkreślić)

SZPITAL UZDROWISKOWY SANATORIUM UZDROWISKOWE PRZYCHODNIA UZDROWISKOWA

data.....

(podpis i pieczęć lekarza)

VI. POTWIERDZENIE SKIEROWANIA NA LECZENIE UZDROWISKOWE/REHABILITACJĘ UZDROWISKOWĄ* (wypełnia oddział

wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia)

Rodzaj zakładu lecznictwa uzdrowiskowego : szpital uzdrowiskowy, sanatorium uzdrowiskowe, przychodnia uzdrowiskowa *

Uzdrowisko: Zakład Lecznictwa Uzdrowiskowego

Termin leczenia (dzień, miesiąc, rok) od..... do.....

data

(podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

*niepotrzebne skreślić

** określone w przepisach wydanych na podstawie art. 19 ust. 3 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. Nr 167, poz. 1399, z 2007 r. Nr 133, poz. 921, z 2009 r. Nr 62, poz. 504 oraz z 2011 r. Nr 73, poz.390 i Nr 112, poz. 654)

Wniosek o przyznanie pomocy pieniężnej na leczenie uzdrowiskowe w 2017 roku

na podstawie ustawy z dnia 20 marca 2015 r. o *działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych* (Dz. U. z 2015 r. poz. 693 ze zm.)

Dane osobowe

Imię i nazwisko

Nr PESEL

Data urodzenia

nr telefonu e-mail:

Adres zamieszkania

Miejscowość

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Kod Poczta

Województwo

Adres do korespondencji (wypełnić, jeśli jest inny niż zamieszkania)

Miejscowość

Ulica nr domu nr mieszkania

Kod Poczta

W PRZYPADKU POZYTYWNEGO ROZPATRZENIA WNIOSKU POMOC PIENIĘŻNA ZOSTANIE PRZEKAZANA NA RACHUNEK BANKOWY PLACÓWKI REALIZUJĄCEJ LECZENIE WSKAZANY W FAKTURZE, KOSZTORYSIE LUB POTWIERDZENIU DOKONANIA REZERWACJI

Oświadczam, że gospodarstwo domowe¹:

prowadzę samodzielnie

prowadzę wspólne z następującymi osobami:

L.P.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Dochód netto
1			
2			
3			
4			

Proszę o przyznanie pomocy pieniężnej na leczenie uzdrowiskowe²

bez opiekuna

z opiekunem

ZASADY UDZIELANIA POMOCY PIENIĘŻNEJ NA LECZENIE UZDROWISKOWE ZE ŚRODKÓW BUDŻETOWYCH BĘDĄCYCH W DYSPOZYCJI SZEFA URZĘDU DO SPRAW KOMBATANTÓW I OSÓB REPRESJONOWANYCH OBOWIĄZUJĄCE W 2017 ROKU

1. Do wniosku o przyznanie pomocy pieniężnej na leczenie uzdrowiskowe należy dołączyć:

¹ Właściwe zaznaczyć

² Właściwe zaznaczyć

- a) dokumentację potwierdzającą sytuację materialną wnioskodawcy i osób z którymi, prowadzi wspólne gospodarstwo domowe;
 - b) zaświadczenie lekarskie potwierdzające wskazanie do podjęcia leczenia uzdrowiskowego lub skierowanie na leczenie uzdrowiskowe;
 - c) kosztorys, fakturę pro forma lub potwierdzenie dokonania rezerwacji wystawione przez placówkę, która będzie realizować leczenie uzdrowiskowe, przy czym przedłożony przez wnioskodawcę dokument powinien określać jego koszt, termin oraz dane, w tym nr rachunku bankowego, placówki realizującej leczenie.
2. Pomoc pieniężna udzielana na leczenie uzdrowiskowe przyznawana jest wyłącznie na koszty pobytu wraz z wyżywieniem oraz koszty leczenia, w szczególności na: posiłki i noclegi, zabiegi, opiekę lekarską i pielęgnarską. Koszty uboczne związane z pobytem w placówce realizującej leczenie uzdrowiskowe, tj. koszty dojazdu, opłata za parking, wypożyczenie TV, opłata klimatyczna itp. pokrywa wnioskodawca.
 3. Pomoc pieniężna w ramach Programu może być przyznawana wyłącznie na standardowe świadczenie proponowane przez placówkę realizującą leczenie uzdrowiskowe. Nie może być przyznawana na świadczenie o podwyższonym standardzie (typu LUX, SPA itp.).
 4. Pomoc pieniężna na leczenie uzdrowiskowe może być przyznawana jeżeli:
 - a) dochód samotnie gospodarującej osoby uprawnionej nie przekracza kwoty odpowiadającej 300% najniższej emerytury (od 1 marca 2017 roku jest to 3.000 zł),
 - b) dochód na osobę w rodzinie osoby uprawnionej nie przekracza kwoty odpowiadającej 230% najniższej emerytury (od 1 marca 2017 roku jest to 2.300 zł).
 5. Pomoc pieniężna na leczenie uzdrowiskowe może być przyznawana tylko osobie uprawnionej – posiadającej potwierdzony status działacza opozycji antykomunistycznej lub osoby represjonowanej z powodów politycznych. Maksymalne kwoty pomocy na leczenie uzdrowiskowe dla osoby uprawnionej przedstawia poniższa tabela.

Długość planowanego leczenia uzdrowiskowego	Maksymalna wysokość pomocy pieniężnej (kwoty brutto)	
	dla osoby uprawnionej samotnie gospodarującej, której dochód nie przekracza kwoty 220% najniższej emerytury (od dnia 1 marca 2017 roku jest to 2.200 zł)	dla osoby uprawnionej samotnie gospodarującej, której dochód przekracza kwotę 220% najniższej emerytury (od dnia 1 marca 2017 roku jest to 2.200 zł), ale nie przekracza kwoty 300% najniższej emerytury (od dnia 1 marca 2017 roku jest to 3.000 zł)
	dla osoby uprawnionej, której dochód na osobę w rodzinie nie przekracza kwoty 150% najniższej emerytury (od dnia 1 marca 2017 roku jest to 1.500 zł)	dla osoby uprawnionej, której dochód przekracza kwotę na osobę w rodzinie nie przekracza kwotę 150% najniższej emerytury (od dnia 1 marca 2017 roku jest to 1.500 zł), ale nie przekracza kwoty 230% najniższej emerytury (od dnia 1 marca 2017 roku jest to 2.300 zł)
do 7 dni	do 2.500,00 zł	do 1.500,00 zł
do 14 dni	do 3.000,00 zł	do 2.000,00 zł
do 21 dni	do 3.500,00 zł	do 2.500,00 zł

6. O pomoc na koszty pobytu opiekuna może ubiegać się osoba posiadająca jedno z niżej wymienionych orzeczeń (należy przedstawić właściwy dokument).
 - a) orzeczenie o I grupie inwalidzkiej, o niezdolności do samodzielnej egzystencji, całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji lub o II grupie inwalidzkiej wraz z orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji bądź
 - b) orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności potwierdzające konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznym ograniczeniem możliwości samodzielnej egzystencji.
 Maksymalna wysokość pomocy na pobyt opiekuna może wynieść 1.500 zł bez względu na długość pobytu.
7. Pomoc pieniężna udzielana w ramach Programu nie może być przeznaczona na dofinansowanie kosztów leczenia realizowanego w ramach NFZ lub PCPR/PFRON.
8. Pomoc pieniężna na leczenie uzdrowiskowe nie może być przyznawana częściej niż raz w roku.
9. Pomoc pieniężna na leczenie uzdrowiskowe jest przekazywana przelewem na nr rachunku bankowego placówki realizującej leczenie uzdrowiskowe wskazany na fakturze pro forma, kosztorysie lub potwierdzeniu dokonania rezerwacji.

Oświadczam, że zapoznałem/lam się i akceptuję powyższe zasady przyznawania pomocy pieniężnej na leczenie uzdrowiskowe.

Oświadczam, że w przypadku przyznania pomocy pieniężnej w kwocie niewystarczającej na pokrycie całości kosztów planowanego leczenia uzdrowiskowego, uiszczę brakującą kwotę we własnym zakresie.

.....
data i podpis Wnioskodawcy

**Wniosek o potwierdzenie statusu działacza opozycji antykomunistycznej
lub osoby represjonowanej z powodów politycznych**

(składany przez członka rodziny osoby zmarłej)

*na podstawie ustawy z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej
oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 693 ze zm.)*

Dane dotyczące osoby składającej wniosek

Imię (imiona) i nazwisko.....
Nr PESEL

Data urodzenia..... Miejsce urodzenia.....

Imiona rodziców.....

Nr telefonu Adres e-mail.....

Stopień pokrewieństwa lub powinowactwa w stosunku do zmarłego działacza opozycji
antykomunistycznej / osoby represjonowanej z przyczyn politycznych.....

**Dane dotyczące zmarłego działacza opozycji antykomunistycznej/osoby represjonowanej z
powodów politycznych**

Imię (imiona) i nazwisko.....
Nazwisko rodowe (w przypadku kobiet).....

Nr PESEL

Data urodzenia..... Miejsce urodzenia.....

Imiona rodziców.....

Data zgonu.....

Adres zamieszkania wnioskodawcy

Miejscowość

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Kod Poczta

Województwo.....

Adres do korespondencji (wypełnić, jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

Miejscowość

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Kod Poczta

Województwo.....

Zwracam się z wnioskiem o potwierdzenie statusu działacza opozycji antykomunistycznej lub osoby represjonowanej z powodów politycznych, o którym mowa w ustawie z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 693 ze zm.) z tytułu:

1.
.....
2.
.....
3.
.....

Dokładny opis działalności opozycyjnej lub represji:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
data i podpis Wnioskodawcy

Załączniki:

.....
.....
.....

Wniosek o przyznanie świadczenia pieniężnego

na podstawie ustawy z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 693 ze zm.)

Dane osobowe Nazwisko i imię
Nr PESEL
Data urodzenia.....
Nr telefonu.....

Adres zamieszkania Miejscowość
Ulica Nr domu Nr mieszkania
Kod Poczta
Województwo.....
Adres do korespondencji (wypełnić, jeśli jest inny niż zamieszkania)
Miejscowość
Ulica nr domu nr mieszkania
Kod Poczta

Nazwa banku i numer konta (26 znaków), na które ma być przekazywane świadczenie pieniężne (w przypadku niewypełnienia tego pola, świadczenie będzie przesyłane za pośrednictwem Poczty Polskiej)
--

Zwracam się z wnioskiem o przyznanie świadczenia pieniężnego na podstawie art. 7 ustawy z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 693 ze zm.)¹

	Na okres 12 miesięcy
	Na okres do 60 miesięcy Uzasadnienie:

¹ Właściwe zaznaczyć

	Bezterminowo Uzasadnienie:

Oświadczam, że²

- 1) gospodarstwo domowe
 † prowadzę samodzielnie
 † prowadzę wspólne z następującymi osobami:

L.P.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Dochód netto ³
1			
2			
3			

- 2) Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553, ze zm.), oświadczam, że według stanu na dzień sporządzenia wniosku o pomoc pieniężną dane w nim zawarte oraz dane i informacje wynikające z załączonych do wniosku dokumentów są prawdziwe i aktualne.
- 3) Spełniam kryteria dochodowe określone w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 20 marca 2015 r. *o działaczach opozycji antykomunistycznej...* - w załączeniu przedstawiam dokumenty potwierdzające wysokość uzyskiwanego dochodu netto wszystkich członków rodziny⁴.

.....
data i podpis Wnioskodawcy

² Właściwie zaznaczyć

⁴ W załączeniu należy przedstawić dokument potwierdzający wysokość uzyskiwanego dochodu netto. Za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu z miesiąca, w którym wniosek został złożony. Do dochodu nie wlicza się kwoty alimentów świadczonych na rzecz innych osób.

**Wniosek o potwierdzenie statusu działacza opozycji antykomunistycznej
lub osoby represjonowanej z powodów politycznych**

*na podstawie ustawy z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej
oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 693 ze zm.)*

Dane osobowe

Imię (imiona) i nazwisko.....
Nr PESEL
Data urodzenia..... Miejsce urodzenia.....
Imiona rodziców.....
Nr telefonu Adres e-mail.....

Adres zamieszkania

Miejscowość
UlicaNr domu Nr mieszkania
Kod Poczta
Województwo.....

Adres do korespondencji (wypełnić, jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

Miejscowość
Ulica Nr domu Nr mieszkania
Kod Poczta
Województwo.....

Zwracam się z wnioskiem o potwierdzenie statusu działacza opozycji antykomunistycznej lub osoby represjonowanej z powodów politycznych, o którym mowa w ustawie z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 693 ze zm.) z tytułu:

1.
.....
2.
.....
3.
.....

Dokładny opis działalności opozycyjnej lub represji:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, że **wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody**¹ na przekazanie właściwej dla mojego miejsca zamieszkania wojewódzkiej radzie konsultacyjnej, utworzonej na podstawie art. 15 ustawy z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 693 ze zm.), moich danych osobowych, tj. imienia i nazwiska, daty urodzenia, adresu korespondencyjnego oraz numeru telefonu w celu realizacji jej zadań ustawowych.

.....
data i podpis Wnioskodawcy

Załączniki:
.....
.....
.....

¹ Niepotrzebne proszę skreślić.

Wniosek o wydanie decyzji administracyjnej Prezesa IPN-KŚZpNP w sprawie spełniania warunków, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (Dz.U. z 2015 r., poz. 693).

CZEŚĆ A

Wnioskodawca

Dane osobowe

1. Nazwisko	<input type="text"/>																									
2. Imiona	<input type="text"/>																									
3. Nazwisko rodowe	<input type="text"/>																									
4. Inne używane nazwiska ¹	<input type="text"/>																									
5. Imię ojca	<input type="text"/>																									
6. Imię matki	<input type="text"/>																									
7. Nazwisko rodowe matki	<input type="text"/>																									
8. Data urodzenia	dd	mm	rrrr	<input type="text"/>																						
9. Miejsce urodzenia	<input type="text"/>																									

Adres zamieszkania

1. Miejscowość	<input type="text"/>																									
2. Ulica	<input type="text"/>																									
3. Nr domu	<input type="text"/>		4. Nr mieszkania	<input type="text"/>																						
5. Kod pocztowy	<input type="text"/>		6. Poczta	<input type="text"/>																						
7. Państwo (dla osób zamieszkałych za granicą)	<input type="text"/>																									
8. Ostatnie miejsca zamieszkania w kraju (dla osób zamieszkałych za granicą)	<input type="text"/>																									

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zamieszkania)/adres pełnomocnika/adres pełnomocnika do doręczeń w kraju²:

9. Nazwisko	<input type="text"/>																									
10. Imię	<input type="text"/>																									
11. Miejscowość	<input type="text"/>																									

¹ Nie wypełniać pkt. 4 – 9 w przypadku wniosku składanego przez członka rodziny

² Niepotrzebne skreślić

Jeżeli TAK, proszę o podanie jednostki organizacyjnej IPN, realizującej sprawę

.....
.....

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POUCZENIE

1. W przypadku, gdy wnioskodawcą jest osoba, która była działaczem antykomunistycznym lub osobą represjonowaną z powodów politycznych (art. 2 i 3 cytowanej wyżej ustawy) proszę o wypełnienie rubryk z części A i C.
2. W przypadku, gdy wnioskodawcą jest wdowa/wdowiec lub inny członek rodziny zmarłego działacza opozycji antykomunistycznej lub osoby represjonowanej z powodów politycznych proszę o wypełnienie rubryk z części A, B i C.
3. W przypadku wniosku składanego przez wdowę/wdowca lub innego członka rodziny zmarłego działacza opozycji antykomunistycznej lub osoby represjonowanej z powodów politycznych, wnioskodawca jest zobowiązany do przedstawienia:
 - 1). dowodu potwierdzającego zgon osoby, której wniosek dotyczy w szczególności odpisu aktu zgonu, postanowienia sądu o uznaniu za zmarłego lub o stwierdzeniu zgonu. Odstępuje się od przedstawienia dowodów potwierdzających zgon osoby, której wniosek dotyczy w przypadku, kiedy śmierć osoby najbliższej stanowi fakt znany organowi z urzędu;
 - 2). dowodu potwierdzającego rodzaj więzi pomiędzy wnioskodawcą i osobą, której wniosek dotyczy, w szczególności odpowiednie odpisy aktów stanu cywilnego, dokumenty stwierdzające tożsamość lub ich uwierzytelnione kopie.
4. Zgodnie z art. 40 § 4 i 5 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016 r., poz. 23) strona, która nie ma miejsca zamieszkania lub zwykłego pobytu albo siedziby w Rzeczypospolitej Polskiej lub innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, jeżeli nie ustanowiła pełnomocnika do prowadzenia sprawy zamieszkałego w Rzeczypospolitej Polskiej i nie działa za pośrednictwem konsula Rzeczypospolitej Polskiej, jest obowiązana wskazać w Rzeczypospolitej Polskiej pełnomocnika do doręczeń, chyba że doręczenie następuje za pomocą środków komunikacji elektronicznej. W razie niewskazania pełnomocnika do doręczeń przeznaczone dla tej strony pisma pozostawia się w aktach sprawy ze skutkiem doręczenia. Strona ma prawo do złożenia odpowiedzi na pismo wszczynające postępowanie i wyjaśnień na piśmie. Pełnomocnikiem może być osoba fizyczna posiadająca zdolność do czynności prawnych.

Wniosek o wydanie dowodów¹ potwierdzających spełnienie warunków, o których mowa w art. 2 lub art. 3 ustawy z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 693).

CZEŚĆ A

Wnioskodawca

Dane osobowe

1. Nazwisko	<input type="text"/>																											
2. Imiona	<input type="text"/>																											
3. Nazwisko rodowe	<input type="text"/>																											
4. Inne używane nazwiska	<input type="text"/>																											
5. Imię ojca	<input type="text"/>																											
6. Imię matki	<input type="text"/>																											
7. Nazwisko rodowe matki	<input type="text"/>																											
8. Data urodzenia	dd	mm	rrrr	<input type="text"/>																								
9. Miejsce urodzenia	<input type="text"/>																											

Adres zamieszkania

1. Miejscowość	<input type="text"/>																											
2. Ulica	<input type="text"/>																											
3. Nr domu	<input type="text"/>				4. Nr mieszkania	<input type="text"/>																						
5. Kod pocztowy	<input type="text"/>		-	<input type="text"/>		6. Poczta	<input type="text"/>																					
7. Państwo (dla osób zamieszkałych za granicą)	<input type="text"/>																											
8. Ostatnie miejsca zamieszkania w kraju (dla osób zamieszkałych za granicą)	<input type="text"/>																											

Adres do korespondencji (jeśli inny niż adres zamieszkania)/adres pełnomocnika/adres pełnomocnika do doręczeń w kraju²:

9. Nazwisko	<input type="text"/>																											
10. Imię	<input type="text"/>																											

¹ Uwierzytelnione kopie, odpisy, wypisy, wyciągi.

² Niepotrzebne skreślić

11. Miejscowość

12. Ulica

13. Nr domu 14. Nr mieszkania

15. Kod pocztowy 16. Poczta
 -

Tel. kontaktowy/e-mail

CZEŚĆ B

Dane działacza opozycji antykomunistycznej lub osoby represjonowanej

(w przypadku wniosku składanego przez członka rodziny³ zmarłego działacza opozycji antykomunistycznej lub osoby represjonowanej, o których mowa w art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 20 marca 2015 r.)

1. Rodzaj więzi ze zmarłym

2. Nazwisko

3. Imiona

4. Inne używane nazwiska/nazwisko rodowe

5. Imię ojca

6. Imię matki

7. Nazwisko rodowe matki

8. Data urodzenia
 dd mm rrrr

9. Miejsce urodzenia

10. Data zgonu
 dd mm rrrr

CZEŚĆ C

Czy prowadzone było w Pani/Pana sprawie (w sprawie zmarłego działacza opozycji/osoby represjonowanej) postępowanie o nadanie Krzyża Wolności i Solidarności?

TAK/NIE⁴

Czy składała/ł Pani/Pan do Instytutu Pamięci Narodowej wnioski o udostępnienie dokumentów dotyczących Pani/Pana osoby (zmarłego działacza opozycji/osoby represjonowanej)?

³ Za członka rodziny uważa się osoby wymienione w art. 67 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 748, z późn. zm.) tj. małżonka (wdowa, wdowiec), dziecko własne, dziecko drugiego małżonka, dziecko przysposobione oraz wnuka i dziecko obce przyjęte na wychowanie, rodzica (w tym ojczyma, macochę oraz osoby przysposabiające).

⁴ Niepotrzebne skreślić

TAK/NIE⁵

Jeżeli TAK, proszę o podanie jednostki organizacyjnej IPN, realizującej sprawę

.....
.....

CZEŚĆ D

Informacje o działalności antykomunistycznej/represjach z powodów politycznych, o których mowa w art. 2 i 3 ustawy (w okresie od dnia 1 stycznia 1956 r. do dnia 4 czerwca 1989 r.)

Działalność/współpraca ze zorganizowanymi strukturami opozycji antykomunistycznej (okres, rejon, nazwa organizacji):

.....
.....
.....

Represje z powodów politycznych:

- pobyt w więzieniu lub innym miejscu odosobnienia w latach 1956-1989

.....
.....

- pobyt w ośrodku odosobnienia (internowanie) na podstawie art. 42 dekretu z dnia 12 grudnia 1981 r. o stanie wojennym

.....
.....

- powołanie z przyczyn politycznych do pełnienia zasadniczej służby wojskowej lub czynnej służby wojskowej w ramach ćwiczeń wojskowych:

.....
.....

Represje z tytułu udziału w wystąpieniu wolnościowym na rzecz odzyskania przez Polskę niepodległości i suwerenności lub respektowania politycznych praw człowieka w Polsce:

- poniesienie śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju nerwowego na skutek działań wojska, milicji lub organów bezpieczeństwa państwa, o których mowa w art. 5 ustawy o IPN

.....
.....

- inwigilowanie przez organy bezpieczeństwa państwa

.....
.....

- pozbawienie możliwości wykonywania zawodu

.....
.....

- rozwiązanie umowy o pracę

.....
.....

- relegowanie z uczelni

.....
.....

- objęcie zakazem publikacji przez Główny Urząd Kontroli Prasy, Publikacji i Widowisk, wojewódzki lub miejski urząd kontroli prasy, publikacji i widowisk albo Główny Urząd Kontroli Publikacji i Widowisk lub okręgowy urząd kontroli publikacji i widowisk

.....
.....

⁵ Niepotrzebne skreślić

- poszukiwanie listem gończym, oskarżenie lub skazanie za popełnienie przestępstwa lub wielokrotne skazanie za popełnienie wykroczenia, za działalność na rzecz odzyskania przez Polskę niepodległości i suwerenności lub respektowania politycznych praw człowieka w Polsce

.....

.....

.....
miejsowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

POUCZENIE

1. W przypadku, gdy wnioskodawcą jest osoba, która była działaczem antykomunistycznym lub osobą represjonowaną z powodów politycznych (art. 2 i 3 cytowanej wyżej ustawy) proszę o wypełnienie rubryk z części A, C oraz D.
2. W przypadku, gdy wnioskodawcą jest wdowa/wdowiec lub inny członek rodziny zmarłego działacza opozycji antykomunistycznej lub osoby represjonowanej z powodów politycznych proszę o wypełnienie rubryk z części A, B, C oraz D.
3. W przypadku wniosku składanego przez wdowę/wdowca lub innego członka rodziny zmarłego działacza opozycji antykomunistycznej lub osoby represjonowanej z powodów politycznych, wnioskodawca jest zobowiązany do przedstawienia:
 - 1). dowodu potwierdzającego zgon osoby, której wniosek dotyczy w szczególności odpisu aktu zgonu, postanowienia sądu o uznaniu za zmarłego lub o stwierdzeniu zgonu. Odstępuje się od przedstawienia dowodów potwierdzających zgon osoby, której wniosek dotyczy w przypadku, kiedy śmierć osoby najbliższej stanowi fakt znany organowi z urzędu;
 - 2). dowodu potwierdzającego rodzaj więzi pomiędzy wnioskodawcą i osobą, której wniosek dotyczy, w szczególności odpowiednie odpisy aktów stanu cywilnego, dokumenty stwierdzające tożsamość lub ich uwierzytelnione kopie.
4. Zgodnie z art. 40 § 4 i 5 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016 r., poz. 23) strona, która nie ma miejsca zamieszkania lub zwykłego pobytu albo siedziby w Rzeczypospolitej Polskiej lub innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, jeżeli nie ustanowiła pełnomocnika do prowadzenia sprawy zamieszkałego w Rzeczypospolitej Polskiej i nie działa za pośrednictwem konsula Rzeczypospolitej Polskiej, jest obowiązana wskazać w Rzeczypospolitej Polskiej pełnomocnika do doręczeń, chyba że doręczenie następuje za pomocą środków komunikacji elektronicznej. W razie niewskazania pełnomocnika do doręczeń przeznaczone dla tej strony pisma pozostawia się w aktach sprawy ze skutkiem doręczenia. Strona ma prawo do złożenia odpowiedzi na pismo wszczynające postępowanie i wyjaśnień na piśmie.
Pełnomocnikiem może być osoba fizyczna posiadająca zdolność do czynności prawnych.