
(nazwisko i imię składającego wniosek)

(nazwisko i poszkodowanego)

(adres zamieszkania)

(telefon kontaktowy)

WNIOSEK o przyznanie opiekuna wolontariusza

Część I (wypełnia osoba ubiegająca się o świadczenie)

Składam wniosek opiekuna wolontariusza dla osoby poszkodowanej w wyniku zdarzeń losowych w związku z obrażeniami osoby poszkodowanej, do których doszło w wyniku: *(właściwe podkreślić)*:

- 1) wypadku w rolnictwie,
- 2) wypadku przy pracy,
- 3) wypadku drogowego,
- 4) błędu lekarskiego,

Data wypadku osoby poszkodowanej: (dzień, miesiąc, rok) _____, miejsce: _____

2. Opis trwałych obrażeń osoby poszkodowanej:

3. Osoba poszkodowana jest - nie jest zaliczony(a)²⁾ do jednej z grup inwalidów, jest - nie jest uznany(a)²⁾ za osobę niezdolną do pracy, jeżeli tak, podać grupę lub stopień niezdolności do pracy: _____

4. Osoba poszkodowana ubiegała się / otrzymała odszkodowanie z tytułu doznanego wypadku - jeżeli tak, podać skąd (nazwa ubezpieczeni) i kiedy oraz wysokość _____

5. Czy osoba poszkodowana podczas rozprawy sądowej została uznana za osobę winną wypadkowi?
Jeżeli nie, podać kto _____

6. Jakie czynności zobowiązany jest wykonywać opiekun osoby poszkodowanej i ile godzin dziennie mu to zajmuje:

Zobowiązuję się poinformować podmiot wypłacający świadczenie o wszelkich zmianach, jakie powstały w stosunku do wyżej podanych danych. Wyrażam zgodę na ich przetwarzanie w celu rozpatrzenia wniosku.

(miejscowość i data)

(podpis składającego wniosek)

²⁾ Niepotrzebne skreślić

Do wniosku należy załączyć:

- 1) potwierdzenie zaistnienia wypadku np. wyrok sądowy, postanowienie prokuratorskie, notatkę policyjną;
- 2) orzeczenie o niepełnosprawności osoby poszkodowanej;
- 3) protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy lub kartę wypadku – w przypadku niezdolności osoby poszkodowanej do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy,

UWAGA: Wniosek z kompletną dokumentacją należy przesłać na adres biura Stowarzyszenia listem poleconym:
KATOLICKIE STOWARZYSZENIE ŚWIĘTEGO KRZYSZTOFA
PL. CHROBREGO 4; 56-200 GÓRA

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

.....

Oświadczenie

Oświadczam, że ja niżej podpisana/y opiekuję się od dnia poszkodowaną/ym
..... i ta opieka zajmuje mi godzin dziennie. Oświadczam, iż niezbędna jest mi
pomoc dodatkowego opiekuna w liczbie godzin dziennie / tygodniowo*.

.....

* Nieprawidłowe skreślić.