

.....  
(imię i nazwisko pokrzywdzonego/członka rodziny  
pokrzywdzonego\*)

....., dnia ..... roku  
(miejscowość) (data)

.....  
(nazwa podmiotu świadczącego pomoc ze środków Funduszu Pomocy  
Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej)

**ul.** .....  
.....  
(kod pocztowy) (miejscowość)

## **WNIOSEK**

### **pokrzywdzonego/członka rodziny pokrzywdzonego\* o udzielenie pomocy ze środków Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej**

#### **I. DANE WNIOSKODAWCY**

1. Imię i nazwisko: .....
2. Obywatelstwo: .....
3. Aktualny adres pobytu (korespondencji):  
kod pocztowy: ..... - ..... miejscowość: ..... województwo: .....  
ulica: ..... numer domu: ..... numer mieszkania: .....  
numer telefonu: ..... e-mail: .....
4. Stosunek rodzinny do pokrzywdzonego: .....

(wypełnia członek rodziny pokrzywdzonego, należy wpisać: małżonek, osoba pozostająca z pokrzywdzonym we wspólnym pożyciu, wstępny (rodzice, dziadkowie, etc.), zstępny (dzieci, wnuki, etc.), rodzeństwo, powinowaty, przysposobiony lub jego małżonek)

#### **II. RODZAJ I SKUTKI PRZESTĘPSTWA, KTÓRE DOTKNEŁO POKRZYWDZONEGO**

- |  |   |  |                                 |
|--|---|--|---------------------------------|
| <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/wykorzystanie seksualne |  |                                 |
| <input checked="" 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                  |                                 |

jeżeli inne, to jakie? .....

(można zakreślić więcej niż jedno przestępstwo)

Data i miejsce popełnienia przestępstwa .....

Skutki popełnienia przestępstwa .....

(wypełnić w razie powstania obrażeń ciała, uszkodzenia mienia i innych widocznych skutków)

#### **III. RODZAJ WNIOSKOWANEJ POMOCY (można zakreślić więcej niż jeden rodzaj pomocy)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> pomoc prawna;   | <input type="checkbox"/> psychoterapia lub pomoc psychologiczna; |
| <input type="checkbox"/> pokrywanie kosztów świadczeń zdrowotnych, wyrobów lub świadczeń medycznych; |  |
| <input type="checkbox"/> pokrywanie kosztów związanych z edukacją ogólnokształcącą i zawodową,       |  |
| <input type="checkbox"/> pokrywanie kosztów czasowego zakwaterowania lub udzielania schronienia;     |  |

