…… ..... B../...../.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek *data wpływu wniosku* *numer kolejny wniosku*

WNIOSEK

O dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w *komunikowaniu się* /technicznych*.*

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy :

Imię i nazwisko ..... PESEL .....

Dowód osobisty nr ..... wydany przez .....

NIP ..... nr telefonu/ faksu .....

Adres zamieszkania: miejscowość ***Tychy*** ulica ..... nr.....

Nazwa banku i nr rachunku bankowego .....

Rodzaj orzeczenia i stopień niepełnosprawności (*grupa inwalidzka – KIZ*, orzeczenie o niezdolności do pracy*, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności*/ o niepełnosprawności*, inne*)* .....

Orzeczenie ważne: *bezterminowo*/ okresowo* do* .....

II. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym (w tym osoby niepełnosprawne).

Imię i nazwisko – pokrewieństwo	Stopień i rodzaj niepełnosprawności

III. Przeciętny miesięczny dochód na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy: .....

IV. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

	(1)	**wysokość dofinansowania oraz data przyznania i numer umowy**
1. Nie korzystałem		
2. Korzystałem na likwidację barier w komunikowaniu się i technicznych		
3. Korzystałem na inne cele ustawowe (jakie?)		

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi 2. lub 3. należy uzupełnić poniższe informacje.
Z zawartych wcześniej umów *rozliczyłem się*/ jestem w trakcie rozliczenia*/ nie rozliczyłem się**. (Zawarta wcześniej umowa została zerwana z przyczyn leżących po stronie ..... .)
Oświadczam, iż *posiadam*/ nie posiadam** zaległości w terminowym regulowaniu zobowiązań wobec PFRON.

V. Przewidywany termin rozpoczęcia i czas realizacji zadania:.....

(1)proszę wstawić X we właściwej rubryce
** niepotrzebne skreślić*

VI. Cel likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych i krótkie uzasadnienie składanego wniosku.

Proszę o dofinansowanie .....

nazwa urządzenia (ewentualnie montaż), rodzaj usługi

.....

.....

.....…

Jednocześnie oświadczam, iż *posiadam*/ nie posiadam** w/w urządzeń.

VII. Miejsce realizacji zadania: .....

VIII. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc w którym składany jest wniosek, oraz dotychczasowe źródła finansowania .....

IX. Przewidywany koszt realizacji zadania w zł (cyframi): ....

(słownie:.....zł)

X. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania w zł (cyframi): .....

(słownie:..... zł)

XI. Oświadczam, że finanse na pokrycie udziału własnego w realizacji wnioskowanego przedsięwzięcia (co najmniej 5% kosztu) to *posiadane przeze mnie środki własne*/ oraz*/środki uzyskane z innych źródeł**

XII. Informuję, *że jestem*/ nie jestem **płatnikiem podatku VAT.**

Oświadczenia:

1.Uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 1997r. Nr 88, poz. 553) za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, w związku z art. 75 §2 ustawy z dn. 14.06.1960r. – Kodeks Postępowania Administracyjnego (Dz. U. z 2000r. nr 98 poz.1071) oświadczam, że **dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.**

2. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

.....

(podpis Wnioskodawcy* , przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego* pełnomocnika*)

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko..... PESEL ....NIP .....… stopień pokrewieństwa względem Wnioskodawcy.....

dowód osobisty ..... wydany przez .....

Adres zamieszkania: miejscowość ..... ulica ..... nr .....ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem* Wnioskodawcy *(postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia ..... sygn.akt*/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza ..... z dn. ..... repet. nr .....)*

(1)proszę wstawić X we właściwej rubryce

** niepotrzebne skreślić*

Uwagi:

1.Należy brać pod uwagę wszystkie dochody w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, uzyskiwane przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

2.Wysokość wnioskowanego dofinansowania wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia i nie może przekraczać piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

3.Dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych przysługuje oddzielnie na każdy rodzaj zadania.

4.Dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków PFRON.

5.Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

6.Podanie we wniosku lub w załącznikach danych niezgodnych ze stanem faktycznym spowoduje odłożenie wniosku ad acta bez rozpatrzenia.

*7.**INFORMACJA W SPRAWIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH***

a)Administratorem danych osobowych ujawnionych w formularzu jest: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej ul. Budowlanych 59, 43-100 Tychy.

b)Przetwarzanie podanych przez Panią/Pana danych odbywa się w związku z realizacją zadań określonych przepisami prawa, w szczególności na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

c)Dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa.

d)Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści podanych przez Panią/Pana danych osobowych oraz prawo ich sprostowania.

e)Podanie danych jest obowiązkowe. Obowiązek ich podania jest wymogiem ustawowym. Jeżeli nie poda Pani/Pan wymaganych danych nie będziemy mogli zrealizować zadania ustawowego.

f)Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych znajduje się na stronie internetowej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej pod adresem: www.mops.tychy.pl oraz w siedzibie Ośrodka.

Załączniki do wniosku:

❑Kopia ważnego orzeczenia o znacznym, umiarkowanym bądź lekkim stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (zgodnie z art. 1, art. 5 pkt. 1a lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 ze zm.) - oryginał do wglądu;

❑Aktualne zaświadczenie lekarskie;

❑Dokumenty poświadczające wysokość dochodu za kwartał kalendarzowy poprzedzający miesiąc złożenia wniosku;

❑Udokumentowana informacja o innych niż środki PFRON źródłach finansowania zadania;

❑Imienne oferty cenowe na wnioskowane urządzenia;

❑Ewentualnie inne dokumenty uzasadniające potrzebę likwidacji barier.

Opinia komisji rozpatrującej wniosek: .....

.....

.....

.....

Załącznik nr 1 do wniosku

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko ..... PESEL.....

Adres .....

Rodzaj niepełnosprawności *(prosimy zaznaczyć wszystkie występujące dysfunkcje)*:
dysfunkcja narządu ruchu

□ z koniecznością poruszania się ***na wózku inwalidzkim***;

□ z koniecznością poruszania się przy pomocy: .....;

□ inna dysfunkcji narządu ruchu: .....;

□ brak/ □ niedowład kończyn □ dolnych/ □ górnych ….....;

□ dysfunkcja narządu wzroku;

dysfunkcja narządu □ słuchu/□ mowy;

□ deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe);

□ inne dysfunkcje .....

Niepełnosprawność □ ***powoduje***/ □ ***nie powoduje*** trudności w poruszaniu się.

Informacja o obecnym stanie zdrowia uzasadniająca potrzebę likwidacji barier □ ***architektonicznych***/ □ ***w komunikowaniu się***/ □ ***technicznych***
(należy wypełnić poniżej)

….....

….....

□ nie ma konieczności likwidacji barier

Zakres zalecanej likwidacji barier:
*(należy **wymienić** niezbędne udogodnienia)*

.....

.....

.....

.....

(pieczęć i podpis lekarza)

(1)proszę wstawić X we właściwej rubryce
* *niepotrzebne skreślić*