

## WNIOSEK

### O dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

#### 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 .....

Stopień / zakres trudności w poruszaniu się wynikających z niepełnosprawności.....

#### II. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym (w tym Wnioskodawca).

Imię i nazwisko – pokrewieństwo	Stopień i rodzaj niepełnosprawności
<i>Wnioskodawca</i>	<i>iw.</i>

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

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

Odpowiedzi:	(1)	wysokość dofinansowania oraz data przyznania i numer umowy
1. Nie korzystałem		
2. Korzystałem na likwidację barier architektonicznych		
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:** .....**VI. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc w którym składany jest wniosek, oraz dotychczasowe źródła finansowania**.....

## VII. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania

1. dom jednorodzinny\*, wielorodzinny prywatny\*, wielorodzinny komunalny\*, wielorodzinny spółdzielczy\*
2. podstawa prawna zameldowania w lokalu: własność\*, użytkowanie wieczyste\*, najem\*, inne\* .....
3. budynek parterowy\*, piętrowy\*, mieszkanie na .....(proszę podać kondygnację)
4. przybliżony wiek budynku, lub rok budowy .....
5. opis mieszkania: pokoje: .....(liczba pokoi), kuchnia\*, łazienka z wc\*, łazienka\*, wc\*
6. łazienka jest wyposażona w : wannę\*, brodzik\*, kabinę prysznicową\*, umywalkę\*
7. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej\*, ciepłej\*, kanalizacja\*, centralne ogrzewanie\*, prąd\*, gaz\*
8. inne informacje o warunkach mieszkaniowych .....

## VIII. Cel dofinansowania:

**Proszę o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych w miejscu mojego stałego zamieszkania zgodnie z następującym wykazem planowanych przedsięwzięć:**

.....  
(należy wypisać inwestycje, zakupy w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)

.....  
**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 § 1 i 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.**

.....  
(czytelny 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 nr .....

wydany przez .....; adres zamieszkania .....

ustanowiony opiekunem\*/pełnomocnikiem\* Wnioskodawcy (postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. ....

sygn.akt\*/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza .....

z dn. .... repet. nr ..... )

proszę wstawić X we właściwej rubryce

BA strona 2

### **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](http://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 (druk w załączeniu);
- Potwierdzenie zameldowania w lokalu w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych;
- Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (akt własności, umowa najmu, przydział mieszkania).
- Zgoda na likwidację barier właściciela lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych.
- Dokumenty poświadczające wysokość dochodu za kwartał kalendarzowy poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.
- Udokumentowana informacja o innych niż środki PFRON źródłach finansowania zadania.
- Ewentualne inne dokumenty uzasadniające potrzebę likwidacji barier

**Opinia komisji rozpatrującej wniosek w protokole z dnia .....**

proszę wstawić X we właściwej rubryce

BA strona 3

.....  
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)