



...../RSLBA/2026
numer kolejny wniosku

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

Data urodzenia adres e-mail

nr telefonu/ faksu

Adres zamieszkania:

kod pocztowy/ miejscowość/ ulica/ numer

Adres korespondencyjny:

kod pocztowy/ miejscowość/ ulica/ numer

Taki sam jak adres zamieszkania

II. Dane podopiecznego/mocodawcy*

(* należy wypełnić tylko w sytuacji, jeśli osoba niepełnosprawna nie występuje we własnym imieniu)

Imię i nazwisko PESEL

Data urodzenia adres e-mail

nr telefonu/ faksu

Adres zamieszkania:

kod pocztowy/ miejscowość/ ulica/ numer

III. 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 (uzasadnienie)

IV. Średni dochód:

Osoba niepełnosprawna prowadzi gospodarstwo domowe: indywidualne/ wspólne

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: w tym niepełnosprawnych:

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił:

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

nie korzystałem

korzystałem z dofinansowania na likwidację barier:

architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

VI. Cel dofinansowania/Przedmiot wniosku/ przeznaczenie dofinansowania:

-
1. Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):zł
(słownie:zł)
2. Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:zł
(słownie:zł)
- Co stanowi% kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania.
3. Deklarowane środki własne:zł
4. Inne źródła finansowania:

VII. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier

.....

.....

.....

Miejsce realizacji zadania:

Przewidywany termin rozpoczęcia (data):

Przewidywany czas realizacji zadania (w tygodniach):

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

IX. Forma przekazania środków finansowych

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę

Dane właściciela konta:.....Nazwa banku.....

Nr rachunku bankowego:

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

X. Opis budynku i mieszkania

1. budynek: dom jednorodzinny, wielorodzinny prywatny, komunalny, spółdzielczy

2. budynek parterowy, piętrowy, mieszkanie na piętrze

3. przybliżony wiek budynku, lub rok budowy

4. opis mieszkania: pokoje:(liczba pokoi), kuchnia, łazienka z wc, łazienka i wc osobne

5. łazienka jest wyposażona w : wannę, brodzik, kabinę prysznicową, umywalkę

6. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej, ciepłej, kanalizacja, CO, prąd, gaz

7. inne informacje o warunkach mieszkaniowych

XI. Sytuacja zawodowa osoby niepełnosprawnej:

- zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- bezrobotny poszukujący pracy
- rencista poszukujący pracy
- rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- dzieci i młodzież do lat 18
- inne / jakie

XII. Oświadczenia:

1. W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.
2. Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny- **za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy** oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
3. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
4. Przyjmuję do wiadomości, że wniosek złożony przed dniem podjęcia uchwały Rady Miasta w sprawie wykorzystania środków PFRON (zwyczajowo odbywa się to w miesiącu luty lub marzec danego roku) zostanie rozpatrzony do 30 dni po podjęciu wyżej wymienionej uchwały.

Tychy, dnia

.....
czytelny podpis

Załączniki do wniosku:

- Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, o 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)
- Aktualne zaświadczenie lekarskie (druk w załączeniu);
- Oświadczenia do wniosku (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 zawierająca informację o adresie i właścicielach nieruchomości - jeśli dane te nie wynikają z treści księgi wieczystej (akt własności, umowa najmu, przydział mieszkania);
- Zgoda na likwidację barier właściciela lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych.
- Kopia aktu urodzenia dziecka – jeśli sprawa dotyczy dziecka;
- Kopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym lub pełnomocnictwo notarialne - jeśli dotyczy;
- Udokumentowana informacja o innych niż środki PFRON źródłach finansowania zadania.
- Ewentualne inne dokumenty uzasadniające potrzebę likwidacji barier

Załącznik do wniosku w ramach likwidacji barier

Oświadczenia

Oświadczam, że:

1. informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania;
2. posiadam/nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON;
3. w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku byłem(łam) stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie : TAK / NIE
4. posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w realizacji wnioskowanego przedsięwzięcia;
5. jestem /nie jestem płatnikiem podatku VAT;
6. posiadam/ nie posiadam urzędzenia o które wnioskuję (*dotyczy likwidacji barier technicznych i w komunikowaniu się*)
7. podstawa prawna zameldowania w lokalu: własność/ użytkowanie wieczyste/
najem/ inne - w przypadku własności należy podać numer księgi wieczystej:
KAIT (*dotyczy likwidacji barier architektonicznych*)
8. zapoznałam(em) się z klauzulą RODO.

.....
miejsowość,

.....
data podpis wnioskodawcy

Uwagi do wniosku:

1. *Należy brać pod uwagę wszystkie dochody w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych – szczegółowa informacja na stronie mops.tychy.pl oraz w siedzibie MOPS.*
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.*

KLAUZULA INFORMACYJNA W SPRAWIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

W związku z realizacją wymogów określonych w art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Państwa danych osobowych oraz o przysługujących Państwu prawach z tym związanych.

ADMINISTRATOR DANYCH

Administratorem Państwa danych osobowych jest: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej ul. Budowlanych 59, 43-100 Tychy;

INSPEKTOR OCHRONY DANYCH

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach związanych z ochroną danych osobowych w następujący sposób:

- pod adresem poczty elektronicznej: iod@mops.tychy.pl
- pisemnie na adres siedziby Administratora: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Budowlanych 59, 43-100 Tychy;

PODSTAWA PRAWNA I CELE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń. Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych est art. 6 ust. 1 lit. a, b, c i e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g i f RODO.

ODBIORCY DANYCH OSOBOWYCH

Dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa, w tym w szczególności do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą przy ul. Al. Jana Pawła II, 13 00-828 w Warszawie. Dopuszcza się przekazywanie danych podmiotom świadczącym asystę/wsparcie techniczne dla systemów informatycznych i teleinformatycznych, w których są przetwarzane Państwa dane osobowe.

OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH OSOBOWYCH

Państwa dane osobowe będą przechowywane jedynie w okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane lub w okresie wskazanym przepisami prawa. Po spełnieniu celu, dla którego Państwa dane zostały zebrane, mogą one być przechowywane jedynie w celach archiwalnych, przez okres wyznaczony na podstawie przepisów szczególnych.

PRAWA OSÓB, KTÓRYCH DANE DOTYCZĄ, W TYM DOSTĘPU DO DANYCH OSOBOWYCH

Na zasadach określonych przepisami RODO posiadają Państwo prawo żądania od administratora:

- dostępu do treści swoich danych osobowych
- sprostowania (poprawienia) swoich danych osobowych
- usunięcia swoich danych osobowych
- ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych
- przenoszenia swoich danych osobowych

a ponadto, posiada Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych osobowych.

OBOWIĄZEK PODANIA DANYCH

Podanie przez Państwa danych jest wymogiem ustawowym, niezbędnym do realizacji celu. Nie podanie danych może skutkować odmową przyznania wnioskowanych świadczeń.

ZAUTOMATYZOWANE PODEJMOWANIE DECYZJI, PROFILOWANIE

Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

PRZEKAZYWANIE DANYCH POZA EUROPEJSKI OBSZAR GOSPODARCZY

Administrator nie będzie przekazywał danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko PESEL.....
Adres: 43-100 Tychy, ul.

Rodzaj niepełnosprawności :

- dysfunkcja narządu ruchu
- brak /niedowład* kończyn.....
- dysfunkcja narządu wzroku;
- dysfunkcja narządu słuchu/ mowy*;
- deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe);
- inne dysfunkcje

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

Sposób poruszania się (należy zaznaczyć 1 najczęstszy):

- osoba leżąca** wymagająca opieki osób drugih;
 - porusza się **wyłącznie /okresowo* na wózku inwalidzkim;**
 - porusza się **przy pomocy kul/ jednej kuli/ laski, balkonika*;**
 - okresowe osłabienie** spowodowane przebiegiem choroby zasadniczej
 - porusza się samodzielnie, lecz wymaga likwidacji barier architektonicznych/ technicznych
 - porusza się samodzielnie i nie wymaga likwidacji barier
- *należy zaznaczyć właściwe*

Informacja o stanie zdrowia (np. opis choroby zasadniczej, czy jest postępująca):

.....
.....

Zakres zalecanej likwidacji barier:

(należy wymienić niezbędne udogodnienia)

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza)