



pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

Nr wniosku:

.....
data wpływu wniosku (dzień, miesiąc, rok)

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych

Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić czytelnie)

.....
imię i nazwisko

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

PESEL

miejsowość ulica nr domu nr lokalu
dokładny adres zamieszkania

nr kodu - poczta powiat

województwo nr tel./fax. (z nr kier.)

nazwa banku nr rachunku

Adres do korespondencji (należy wypełnić jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

nr kodu - poczta

Kombatant TAK NIE (właściwe zaznaczyć)

Rodzina wielodzietna TAK NIE (właściwe zaznaczyć)

Przedmiot dofinansowania (w tym wykaz planowanych zakupów, robót, usług, urządzeń w związku z likwidacją barier):

Przewidywany koszt realizacji zadania:
/słownie:

Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:
/słownie:
...../

Termin rozpoczęcia zadania:

Czas realizacji zadania:

Cel dofinansowania *wstawić X we właściwej rubryce*

1. likwidacja barier architektonicznych	
2. likwidacja barier w komunikowaniu się	
3. likwidacja barier technicznych	

Miejsce realizacji zadania

.....
Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł dofinansowania:

.....
Informacja o innych źródłach finansowania zadania:

.....
Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków PFRON, z określeniem numeru zawartej umowy, celu i daty przyznania dofinansowania oraz stanu rozliczenia

Cel dofinansowania z PFRON	(X)	(data, nr umowy, kwota)
1. na likwidację barier architektonicznych		
a) nie korzystałem/am	
b) korzystałem/am	
2. na likwidację barier w komunikowaniu się		
a) nie korzystałem/am	
b) korzystałem/am	
3. na likwidację barier technicznych		
a) nie korzystałem/am	
b) korzystałem/am	

4. na inny cel		
a) nie korzystałem/am	
b) korzystałem/am	

Opis stanu rozliczenia:

.....

.....

.....

.....

Stopień niepełnosprawności wstawić X we właściwej rubryce

1. znaczny	
• inwalidzi I grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	
• osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności	
2. umiarkowany	
• inwalidzi II grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3. lekki	
• inwalidzi III grupy	
• osoby częściowo niezdolne do pracy	
• osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

Inny

.....

Sytuacja mieszkaniowa – status prawny nieruchomości (wypełnia się w przypadku barier architektonicznych)

1. wnioskodawca jest właścicielem nieruchomości	
2. wnioskodawca jest użytkownikiem wieczystym nieruchomości	
3. wnioskodawca posiada zgodę właściciela lokalu lub budynku, w którym stale zamieszkuje	
4. wnioskodawca jest właścicielem mieszkania	

Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania (wypełnia się w przypadku barier architektonicznych) * niepotrzebne skreślić

1. dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*, inne*
 2. budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na (proszę podać kondygnację)
 3. przybliżony wiek budynku lub rok budowy
 4. opis mieszkania: pokoje (podać liczbę), z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, bez łazienki*, z wc*, bez wc*
 5. łazienka jest wyposażona w: wannę*, brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*
 6. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*
 7. inne informacje o warunkach mieszkaniowych
-
-
-

Sytuacja mieszkaniowa – wnioskodawca zamieszkuje wstawić X we właściwej rubryce

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami niespokrewnionymi	
4. z inną osobą niepełnosprawną	

Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

L.p.	Imię i Nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Rok ur.	Źródło dochodu	Wysokość miesięcznego dochodu netto
1.		Wnioskodawca			
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
				RAZEM:	

Dochód ogółem: zł / słownie:..... /

Ilość osób tworzących wspólne gospodarstwo domowe wraz z Wnioskodawcą:

Przeciętny miesięczny dochód netto na 1 członka rodziny wynosi: zł /słownie:

Uzasadnienie wniosku:

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

Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika

.....

imię (imiona) i nazwisko

seria nr wydany w dniu przez

dowód osobisty

PESEL NIP

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

dokładny adres zamieszkania

nr kodu - poczta powiat

województwo nr tel./fax. (z nr kier.)

ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia sygn. akt* / na mocy pełnomocnictwa

potwierdzonego przez Notariusza

z dnia repet. nr)

.....
*podpis przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika*

WYJAŚNIENIA:

* *niepotrzebne skreślić*

Załączniki do wniosku:

1. Kserokopia prawomocnego orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, grupie inwalidzkiej lub niezdolności do pracy (oryginał do wglądu).
2. Kserokopie orzeczeń o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, grupie inwalidzkiej lub niezdolności do pracy osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób (oryginał do wglądu).
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i występujących barierach (załącznik do wniosku).
4. Udokumentowana podstawa prawna posiadania lokalu lub budynku, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu) – dotyczy likwidacji barier architektonicznych.
5. Pisemna zgoda właściciela budynku lub lokalu na dostosowanie budynku lub lokalu, w przypadku, gdy Wnioskodawca nie jest właścicielem – dotyczy likwidacji barier architektonicznych.
6. Dokument przedstawiający w sposób graficzny wnioskowane zmiany usunięcia barier architektonicznych (stan istniejący i stan planowany) lub technicznych – dotyczy likwidacji barier architektonicznych i technicznych.
7. Oferta, kosztorys ofertowy lub rachunek/faktura pro forma.
8. Dowód osobisty do wglądu
9. Legitymacja kombatancka
10. Karta Dużej Rodziny lub Karta Programu 2+3 i jeszcze więcej
11.
12.

Oświadczenia Wnioskodawcy:

1. Oświadczam, świadoma/y odpowiedzialności za fałszywe zeznania zgodnie z art. 233 § 1 KK, że podane informacje są zgodne z prawdą.
2. W przypadku podania informacji budzących wątpliwości wyrażam zgodę na sprawdzenie powyższych danych przez pracowników MOPS.
3. Zobowiązuję się informować MOPS o zmianach w danych zawartych we wniosku zaistniałych po złożeniu wniosku, w ciągu 14 dni od ich wystąpienia.
4. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (danych osobowych mojego dziecka, podopiecznego) zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej we Wrocławiu, ul Strzegomska 6 w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Podanie danych jest dobrowolne. Zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawienia, aktualizacji, uzupełnienia i usuwania.**
5. Oświadczam iż zostałam/em poinformowany o tym, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy na dofinansowanie ze środków PFRON.
6. Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec PFRON.
7. Oświadczam, że mieszkam na terenie Wrocławia.
8. Oświadczam, że posiadam wymagany udział własny do wnioskowanej kwoty.
9. Oświadczam, że przyjąłem/łam do wiadomości, iż złożenie wniosku nie jest równoznaczne z otrzymaniem dofinansowania.

.....
*podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika*

.....
miejsowość, data

Ocena formalna wniosku (wypełnia pracownik DAON)

Wniosek Pani/Pana:.....
o dofinansowanie barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych

przyjęto dnia

załączniki	Tak	Nie	Dostarczy do dnia*
Orzeczenie o niepełnosprawności lub równoważne.			
Zaświadczenie lekarskie			
Przydział lokalu/akt notarialny			
Zgoda właściciela			
Rysunki techniczne			
Kosztorys/oferta.			

* podstawa prawna: § 12 pkt. 3 ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

.....
pieczęćka i podpis pracownika

Przyjmuje do wiadomości, że niedostarczenie w/w załączników w wyznaczonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

.....
data

.....
podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

**Wydane na potrzeby MOPS w związku z likwidacją barier architektonicznych, technicznych
i w komunikowaniu się (wypełnić czytelnie po polsku)**

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania.....

Pacjent wymaga*:

- Likwidacji barier architektonicznych - dostosowanie pomieszczeń mieszkalnych lub budynków
- Likwidacji barier w komunikowaniu się - zakup np.: komputera , telefonu komórkowego
- Likwidacji barier technicznych – zakup sprzętu ułatwiającego egzystencje.

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> porażenie czterokończynowe | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu mowy |
| <input type="checkbox"/> osoba leżąca | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna |
| <input type="checkbox"/> osoba po amputacji kończyny/kończyn dolnych | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się za pomocą kuli
lub balkonika | <input type="checkbox"/> autyzm |
| | <input type="checkbox"/> inne (jakie?
.....) |

Główna przyczyna niepełnosprawności (można zaznaczyć maksymalnie 3 przyczyny)*:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> choroby układu pokarmowego |
| <input type="checkbox"/> choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> choroby układu moczowo-płciowego |
| <input type="checkbox"/> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu | <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne |
| <input type="checkbox"/> choroby narządu wzroku | <input type="checkbox"/> inne, w tym schorzenia endokrynologiczne,
metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby
zakaźne odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu
krwiotwórczego |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie narządu ruchu | <input type="checkbox"/> całościowe zaburzenia rozwojowe |
| <input type="checkbox"/> epilepsja | |
| <input type="checkbox"/> choroby układu oddechowego i krążenia | |

Opis schorzenia:

.....

.....
miejsowość i data

*** Właściwe zaznaczyć**

.....
pieczętka podpis lekarza