

WNIOSEK

o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

1. O dofinansowanie mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które mają trudności w poruszaniu się, jeżeli są właścicielami nieruchomości lub użytkownikami wieczystymi nieruchomości albo posiadają zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkują. Dofinansowaniu podlegają prace, które w znacznym stopniu ułatwią osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności.

Przyznana pomoc ze środków PFRON ma służyć pomocy w zlikwidowaniu istniejących barier w najbliższym otoczeniu wnioskodawcy, nie zaś wyposażeniu nowych lub będących w trakcie budowy mieszkań oraz domów.

2. Przed wypełnieniem wniosku proszę zapoznać się z zasadami i procedurami udzielania osobie fizycznej dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na likwidację barier.

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

4. We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki ewentualnie wpisać „nie dotyczy”. W przypadku gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ...”.

5. Wnioski rozpatrywane są wyłącznie kompletne i prawidłowo wypełnione, według kolejności napływania, do momentu wyczerpania środków przyznanych na dany rok kalendarzowy.

1. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (proszę wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI)

Imię i nazwisko PESEL

Dowód osobisty, seria numer wydany dnia

przez

Gospodarstwo domowe wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

W przypadku dziecka lub osoby ubezwłasnowolnionej

Wnioskodawca jest: rodzicem dziecka opiekunem prawnym dziecka/podopiecznego

Imię i nazwisko dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej

PESEL

MIEJSCE ZAMIESZKANIA**ADRES ZAMELDOWANIA**

Ulica Ulica

Nr domu nr lokalu Piętro Nr domu nr lokalu Piętro

Kod pocztowy - Miejscowość Kod pocztowy - Miejscowość

MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA:

(jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

Kontakt telefoniczny

Ulica nr telefonu

Nr domu nr lokalu e-mail

Kod pocztowy - Miejscowość

2. STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/DZIECKA/PODOPIECZNEGO

znaczny stopień, I grupa inwalidzka, o niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji

umiarkowany stopień, II grupa inwalidzka, o całkowitej niezdolności do pracy

lekki stopień, III grupa inwalidzka, o częściowej niezdolności do pracy

o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: bezterminowo okresowo do dnia:

3. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY/DZIECKA/PODOPIECZNEGO

1. Symbol przyczyny niepełnosprawności wynikający z orzeczenia o niepełnosprawności:

2. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

1.	Czy Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
2.	Czy wnioskodawca jest:	<input type="checkbox"/> osobą niedowidzącą <input type="checkbox"/> osobą niewidomą <input type="checkbox"/> osobą głuchoniewidomą <input type="checkbox"/> osobą niesłyszącą <input type="checkbox"/> osobą niedosłyszącą <input type="checkbox"/> nie dotyczy
3.	Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności
4.	Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

4. SYTUACJA ZAWODOWA WNIOSKODAWCY/DZIECKA/PODOPIECZNEGO - właściwe zaznaczyć wstawiając x

Dzieci i młodzież do lat 18		Osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się	
Zatrudniony		Bezrobotny zarejestrowany w Urzędzie Pracy	
Rencista poszukujący pracy		Rencista nie zainteresowany podjęciem pracy	
Emeryt zainteresowany podjęciem pracy		Emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	
Prowadzący działalność gospodarczą		Inne, jakie?	

5. INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

1. Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat, w tym poprzez PCPR lub MOPR? TAK NIE

Nazwa instytucji	Przedmiot dofinansowania (co zostało dofinansowane ze środków PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)
			Razem:	

2. Czy wnioskodawca w ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie: tak nie

3. Czy wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON na likwidację barier architektonicznych: nie tak, w jakim zakresie?

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

6. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA

Barьеры architektoniczne - to wszelkie utrudnienie występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania, **uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym**.

Utrudnienia (Proszę wymienić rodzaj występujących utrudnień, które utrudniają swobodę ruchu osobie niepełnosprawnej lub jej opiekunowi)	Likwidacja (Proszę wymienić rodzaj likwidacji występujących barier - przedmiot dofinansowania)

Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania:	
---	--

Kwota wnioskowana (w zł):	
----------------------------------	--

7. UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU

Wnioskodawca powinien wykazać, że wnioskowany zakres likwidacji barier w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

Prosimy, o rzetelne udzielanie odpowiedzi na poniższe pytania, nadmieniamy, że podane informacje będą weryfikowane przez tut. Ośrodek i podanie danych niezgodnych z prawdą będzie wykluczało wniosek z dalszego rozpatrzenia.

Składałem wniosek do likwidacji barier architektonicznych ze środków PFRON: Nie Tak, proszę zaznaczyć rok składania:

Rok składania	<input type="checkbox"/> 2011	<input type="checkbox"/> 2012	<input type="checkbox"/> 2013	<input type="checkbox"/> 2014	<input type="checkbox"/> 2015	<input type="checkbox"/> 2016	<input type="checkbox"/> 2017	<input type="checkbox"/> 2018
Decyzja	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna

1. Przewidywany termin rozpoczęcia i czas realizacji zadania
2. Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację ww. zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek, wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania
-

4. Czy wnioskodawca uzyskał do ww. zadania dofinansowanie z innych źródeł: Tak Nie

OŚWIADCZENIE

o wysokości dochodu i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Wysokość **przeciętnego miesięcznego dochodu**, oblicza się na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, przez który należy rozumieć średni miesięczny dochód netto obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku i podzielony przez liczbę osób w gospodarstwie domowym.

Wnioskodawca, który prowadzi **samodzielne gospodarstwo domowe (jednoosobowe)** i posiada własne stałe dochody, składa niniejsze oświadczenie wyliczone na podstawie własnych dochodów. Za własne gospodarstwo domowe uważa się sytuację, gdy Wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.

Przez pojęcie wspólne gospodarstwo domowe – należy rozumieć członków rodziny Wnioskodawcy, faktycznie wspólnie utrzymujących się i mających wspólny budżet domowy.

Uwaga! W przypadku osób samodzielnie gospodarujących, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy.

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Przeciętny miesięczny dochód***
Dane dotyczące Wnioskodawcy:			
1.			
Pozostali członkowie gospodarstwa domowego Wnioskodawcy:			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
RAZEM:			

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód* przypadający na **jednego członka gospodarstwa** domowego wynosi: zł.....gr.

Oświadczam, że:

1. **przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu** oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w zasadach także w dniu podpisania umowy,
2. o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Zabrze,
3. 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, oraz że jestem świadom/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.
4. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach likwidacji barier architektonicznych, które przyjmuję do wiadomości i stosowania,
5. **w przypadku przyznania dofinansowania posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w wysokości co najmniej 40 % ceny brutto** Tak Nie
6. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez MOPR oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT.
8. Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Zabrze w zakresie wynikającym z wniosku, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 z późn. zm.).
9. Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Zabrze, dnia

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy lub opiekuna
prawnego osoby niepełnosprawnej

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU:

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA MOPR
		Dolączo do wniosku
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu),	<input type="checkbox"/>
2.	Dowód osobisty Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego osoby niepełnoletniej/opiekuna prawnego/pełnomocnika lub innego urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość (do wglądu),	<input type="checkbox"/>
3.	Kserokopia aktualnych orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą (w przypadku takich osób - oryginał do wglądu),	<input type="checkbox"/>
4.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny (oryginał do wglądu),	<input type="checkbox"/>
5.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę właściwego dla dysfunkcji, z której wynika niepełnosprawność, zawierające informację, iż osoba niepełnosprawna ma trudności w poruszaniu się, (wzór zaświadczenia stanowi załącznik do wniosku),	<input type="checkbox"/>
6.	Kserokopia dokumentu potwierdzającego podstawę prawną zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, użytkowanie wieczyste, umowa najmu, itp.) (oryginał do wglądu),	<input type="checkbox"/>
7.	Potwierdzenie zameldowania	<input type="checkbox"/>
8.	Zgodę właściciela lokalu/budynku mieszalnego na wykonanie robót we wnioskowanym zakresie	<input type="checkbox"/>
9.	Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania,	<input type="checkbox"/>
10.	Inne:	<input type="checkbox"/>
11.	Klauzula informacyjna	<input type="checkbox"/>
<p>Potwierdzam zgodność z oryginałem kserokopii dokumentów dołączonych do wniosku</p> <p style="text-align: right;">data, pieczęć i podpis pracownika przyjmującego wniosek</p>		

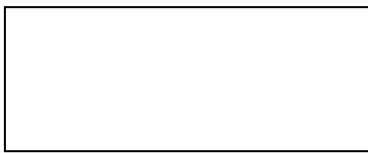
**Wnioski przyjmowane są w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Zabrze,
ul. 3-go Maja 16, pok. 19, tel. (32) 277 78 20**

Godziny przyjmowania stron:

Poniedziałek	8 ⁰⁰ - 12 ⁰⁰
Wtorek	8 ⁰⁰ - 12 ⁰⁰
Środa	11 ³⁰ - 14 ³⁰
Czwartek	11 ³⁰ - 14 ³⁰
Piątek	NIECZYNNNE

Wnioski dot. zadań PFRON można pobierać ze strony:

www.mopr.zabrze.pl
e-mail: ofron@mopr.zabrze.pl



pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb MOPR w Zabrze do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko.....

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności – rozpoznanie choroby zasadniczej:

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

2. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

Dysfunkcja narządu ruchu:
 z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
 z koniecznością poruszania się za pomocą kul, balkoniku, protez lub innych środków pomocniczych
 osoba leżąca
 inna dysfunkcja narządu ruchu.....
 Dysfunkcja narządu wzroku
 Dysfunkcja narządu słuchu
 Dysfunkcja narządu mowy
 inne(podać jakie)

3. Pacjent jest osobą: niedowidzącą niewidomą głuchoniewidomą niedosłyszącą niesłyszącą nie dotyczy

4. U Pacjenta występuje trwale naruszenie sprawności organizmu: Tak Nie

5. Uzasadnienie celowości likwidacji barier architektonicznych* w aspekcie indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej.

Pacjent wymaga/nie wymaga wykonania likwidacji barier architektonicznych w zakresie:

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

* bariery architektoniczne to wszelkie utrudnienia występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym

..... dnia.....
(miejsceowość)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza specjalisty