

**WNIOSEK**

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

**1. O przyznanie dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.**

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.....

Adres korespondencyjny: (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.	<b>Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona</b> (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 <b>posiadanym orzeczeniu</b> dot. niepełnosprawności
4.	Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne ( <b>posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności</b> )	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

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

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

### 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	Czy dofinansowanie zostało rozliczone?	Kwota przyznana (w zł)
			<b>Razem:</b>	

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 w okresie ostatnich 3 lat wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON na likwidację barier w komunikowaniu się:  tak  nie

## 6. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA

**Bariery w komunikowaniu się** - to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji.

<b>Utrudnienia</b> (Proszę wymienić rodzaj występujących trudnień, które utrudniają swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji osobie niepełnosprawnej)	<b>Likwidacja</b> (Proszę wymienić rodzaj likwidacji występujących barier - <b>przedmiot dofinansowania</b> )
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	

<b>Przewidywany całkowity koszt przedmiotu dofinansowania:</b>	
--	--

<b>Kwota wnioskowana (w zł):</b>	
----------------------------------	--

## 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 w komunikowaniu się 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***
<b>Dane dotyczące Wnioskodawcy:</b>			
1.			
<b>Pozostali członkowie gospodarstwa domowego Wnioskodawcy</b>			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
<b>RAZEM:</b>			

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,
4. zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się, które przyjmuję do wiadomości i stosowania,
5. **w przypadku przyznania dofinansowania posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w wysokości co najmniej .....% ceny brutto,**
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:**

<b>Nazwa załącznika</b>		<b>WYPEŁNIA MOPR</b>
		Dołączono do wniosku
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu),	<input type="checkbox"/>
2.	Kserokopia aktualnych orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą (w przypadku takich osób) (oryginał do wglądu),	<input type="checkbox"/>
3.	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"/>
4.	Dowód osobisty Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego osoby niepełnoletniej/opiekuna prawnego/pełnomocnika lub innego urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość ( <b>do wglądu</b> ),	<input type="checkbox"/>
5.	Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę właściwego dla dysfunkcji, z której wynika niepełnosprawność, zawierające informację, iż osoba niepełnosprawna ma trudności w komunikowaniu się, (wzór zaświadczenia stanowi załącznik do wniosku),	<input type="checkbox"/>
6.	Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania,	<input type="checkbox"/>
7.	Faktura proforma lub oferta cenowa określająca cenę brutto wnioskowanego sprzętu lub usługi	<input type="checkbox"/>
8.	Inne:	<input type="checkbox"/>

Potwierdzam zgodność z oryginałem kserokopii dokumentów dołączonych do wniosku .....

data, pieczęć i podpis pracownika przyjmującego wniosek

**Wnioski przyjmowane są w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Zabrze,  
ul. 3-go Maja 16, pok. 19, tel. (32) 277 78 21**

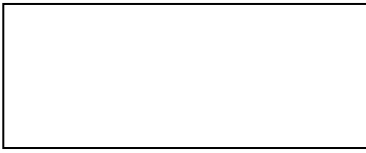
**Godziny przyjmowania stron:**

Poniedziałek 8<sup>00</sup> - 12<sup>00</sup>  
Wtorek 8<sup>00</sup> - 12<sup>00</sup>  
Środa 11<sup>30</sup> - 14<sup>30</sup>  
Czwartek 11<sup>30</sup> - 14<sup>30</sup>  
**Piątek NIECZYNNNE**

Wnioski dot. zadań PFRON można pobierać ze strony:

[www.mopr.zabrze.pl](http://www.mopr.zabrze.pl)

e-mail: [ofron@mopr.zabrze.pl](mailto: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 w komunikowaniu się  
- 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. Ze względu na wymieniony rodzaj niepełnosprawności ww. osoba niepełnosprawna ma trudności w komunikowaniu się z otoczeniem, polegające na:** .....

.....

.....

**6. Trudności w komunikowaniu się mogą zostać zlikwidowane/ograniczone\* poprzez zakup i korzystanie z następujących urządzeń:** .....

.....

**Barier w komunikowaniu się to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji.**

..... dnia.....  
(miejsowość)

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