

Nr sprawy: .....

## 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: .....







## 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. **Roboty związane z realizacją wniosku mogą zostać rozpoczęte wyłącznie po podpisaniu z MOPR Zabrze umowy przyznającej dofinansowanie.**
2. O wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Zabrzu,
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 Zabrzu 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:**

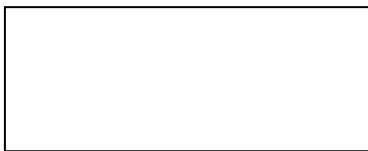
Nazwa załącznika		WYPEŁNIA MOPR
		Dołączono do wniosku
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu),	<input type="checkbox"/>
2.	Dowód osobisty Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego osoby niepełnoletniej/opiekuna prawnego/pełnomocnika lub innego urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość ( <b>do wglądu</b> ),	<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.	<b>Klauzula informacyjna</b>	<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 20, (32) 277 78 21**

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 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)

.....  
pieczęć, nr i podpis lekarza specjalisty