

Nr sprawy:

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/PEŁNOMOCNIKA jeżeli występuje (proszę wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI)

Imię i nazwisko PESEL

Adres zamieszkania: ulica nr domu nr lokalu piętro

kod pocztowy miejscowość

Gospodarstwo domowe wnioskodawcy: ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne

W przypadku dziecka, osoby ubezwłasnowolnionej lub mocodawcy/wnioskodawcy w którego imieniu działa pełnomocnik

☐ rodzic dziecka ☐ opiekun prawny dziecka/podopiecznego

☐ mocodawca/wnioskodawca w którego imieniu działa pełnomocnik

Imię i nazwisko: PESEL

Adres zamieszkania: ulica nr domu nr lokalu piętro

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:	☐ Tak ☐ Nie
2.	Czy wnioskodawca jest:	☐ osobą niedowidzącą ☐ osobą niewidomą ☐ osobą głuchoniewidomą ☐ osobą niesłyszącą ☐ osobą niedosłyszącą ☐ nie dotyczy
3.	Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)	☐ Tak ☐ 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)	☐ Tak ☐ 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	Czy dofinansowanie zostało rozliczone?	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 w okresie ostatnich 3 lat wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON na likwidację barier w komunikowaniu się: ☐ tak ☐ nie

6. SPECYFIKACJA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA

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

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

Przewidywany całkowity koszt przedmiotu dofinansowania:	
--	--

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.

[illegible]

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 wnioszek z dalszego rozpatrzenia.

Składałem wnioski do likwidacji barier w komunikowaniu się ze środków PFRON: ☐ Nie ☐ Tak, proszę zaznaczyć rok składania:

[illegible]

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.			
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,
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:

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA MOPR
		Dołączono do wniosku
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu),	☐
2.	Kserokopia aktualnych orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą (w przypadku takich osób) (oryginał do wglądu),	☐
3.	Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny (oryginał do wglądu),	☐
4.	Dowód osobisty Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego osoby niepełnoletniej/opiekuna prawnego/pełnomocnika lub innego urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość (do wglądu),	☐
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),	☐
6.	Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania,	☐
7.	Faktura proforma lub oferta cenowa określająca cenę brutto wnioskowanego sprzętu lub usługi	☐
8.	Inne:	☐

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

GODZINY PRZYJMOWANIA STRON

Poniedziałek - Wtorek 07:30-15:30
Środa, Czwartek, Piątek 07:30-12:00

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 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 trwałe 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:

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

..... dnia

(miejscowość)

.....

pieczęć, nr i podpis lekarza specjalisty