

Data wpływu:

Nr wniosku BA/DZ*/_____/_____/_____

Nr sprawy DdRS.6102._____/_____/_____

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON DO LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH
W MIESZKANIU OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY / DZIECKU / PODOPIECZNYM *

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Syn/córka (podać imię ojca)

PESEL	Seria i numer dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	

Dowód osobisty wydany przez:	Data ważności dokumentu

ADRES ZAMIESZKANIA (pobyt stały)

Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu

Powiat	Województwo	Tel/fax z nr kierunkowym (tel. komórkowy)

ADRES DO KORESPONDENCJI

Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu

ADRES ZAMELDOWANIA (należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu

2. DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO/PEŁNOMOCNIKA*

- Rodzic osoby niepełnosprawnej
- Opiekun prawny osoby niepełnosprawnej ustanowiony - postanowienie Sądu Rejonowego z dn _____
sygn.akt/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza _____ z dn _____

Imię (imiona) i nazwisko	Data urodzenia	Syn/córka (podać imię ojca)

PESEL	Seria i numer dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	

Dowód osobisty wydany przez	Data ważności dokumentu

Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu

Powiat	Województwo	Telefon z nr kierunkowym (tel. komórkowy)

3. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI: WNIOSKODAWCY / DZIECKA / PODOPIECZNEGO*

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka

orzeczenie o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia.

Orzeczenie ważne: okresowo do _____ bezterminowo

* niepotrzebne skreślić / zaznaczyć znakiem X w odpowiednim polu „□”

4. RODZAJE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI*

dysfunkcja narządu ruchu:			
1	a)	poruszam się na wózku inwalidzkim - w mieszkaniu i na zewnątrz*/ tylko na zewnątrz*	<input type="checkbox"/>
	b)	poruszam się o kulach	<input type="checkbox"/>
	c)	poruszam się o balkoniku	<input type="checkbox"/>
	d)	wrodzony brak lub amputacja nogi/nóg*, dłoni lub ręki/rąk*	<input type="checkbox"/>
	e)	osoba nie poruszająca się samodzielnie - leżąca	<input type="checkbox"/>
	f)	inna dysfunkcja narządu ruchu	<input type="checkbox"/>
2	dysfunkcja narządu wzroku		<input type="checkbox"/>
3	dysfunkcja narządów słuchu i mowy		<input type="checkbox"/>
4	deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)		<input type="checkbox"/>
5	niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia		<input type="checkbox"/>
6	inne (jakie?)		<input type="checkbox"/>

* niepotrzebne skreślić / zaznaczyć znakiem X w odpowiednim polu „”

5. STATUS ZAWODOWY WNIOSKODAWCY

- zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą *
- osoba ucząca się lub studiująca
- osoba bezrobotna / poszukująca pracy / niezatrudniona *
- osoba posiadająca ustalone prawo do świadczeń emerytalnych / rentowych *

* niepotrzebne skreślić/ zaznaczyć znakiem X w odpowiednim polu „”

6. SYTUACJA RODZINNA WNIOSKODAWCY

1.	Osoba mieszkająca samotnie	<input type="checkbox"/>
2.	Osoba zamieszkująca wyłącznie z osobami niepełnosprawnym	<input type="checkbox"/>
3.	Osoba zamieszkująca z pełnosprawnymi i niepełnosprawnymi członkami rodziny	<input type="checkbox"/>
4.	Osoba zamieszkująca tylko z pełnosprawnymi członkami rodziny	<input type="checkbox"/>

* niepotrzebne skreślić/ zaznaczyć znakiem X w odpowiednim polu „”

9. UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU - cel dofinansowania

dodatkowe informacje w przypadku Wnioskodawcy, który ubiega się ponownie o udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel - należy wykazać przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego /kolejnego dofinansowania ze środków PFRON

10. WYKAZ WNIOSKOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ ZWIĄZANYCH Z LIKWIDACJĄ BARIER ARCHITEKTONICZNYCH I ICH ORIENTACYJNY KOSZT

11. WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA

Wartość przedsięwzięcia.....Zł (słownie zł.:.....)

w tym: wartość udziału własnego: Zł. (słownie zł:

wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON :zł.

(słownie złotych:

1. Wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie ww. danych w bazie danych MOPS/DdRS dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadania, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych (Dz. U. z 2014, poz.1182 z późn. zm.).
2. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie informować Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej.
3. Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego /Dz.U. z dnia 06.06.1997 r. nr 88, poz. 553/ za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.
4. Zostałem/łam poinformowany/na, że kwota dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych **wynosi do 95%** kosztów przedsięwzięcia oraz, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
5. Oświadczam, że w przypadku przyznania dofinansowania będę dysponował/ła środkami finansowymi na opłacenie udziału własnego w postaci różnicy pomiędzy kwotą dofinansowania, ewentualnym dofinansowaniem z innych źródeł, a całkowitym kosztem realizacji zadania.
6. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem wniosku ponosi Wnioskodawca.
7. Informuję, że jestem*, nie jestem* płatnikiem podatku VAT.
8. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że:
 - 1) dofinansowanie ze środków Funduszu nie przysługuje, jeżeli podmiot ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu lub podmiot ten był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu.
 - 2) dofinansowanie nie może obejmować kosztów zakupu przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy.
9. Oświadczam, że o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Samorządu Powiatu Dąbrowa Górnicza tak - nie

Dąbrowa Górnicza, dnia _____

Czytelny podpis

Wnioskodawcy, pełnomocnika,
przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego

*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 ...**” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza*

12. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Do I etapu

- ✓ **Kopia orzeczenia - oryginał do wglądu**, o którym mowa w art. 1 lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r., nr 127, poz. 721, z późn. zm.).
- ✓ **Aktualne zaświadczenie lekarskie (lekarz specjalista)**, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności.
- ✓ **Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu**, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (kopia umowy najmu, przydziału spółdzielczego, bądź aktu własności lokalu).
- ✓ **Zgoda właściciela budynku** na dostosowanie mieszkania dla potrzeb osoby niepełnosprawnej.
- ✓ Pełnomocnictwo w przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności lub kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny.

Do II etapu

- ✓ Szkic mieszkania.
- ✓ Projekt i kosztorys ofertowy, pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach).
- ✓ Zgoda właściciela budynku (w koniecznych przypadkach).
- ✓ Przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego.

13. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam również, że przyjąłem/łam do wiadomości i w pełni się zgadzam z tym, że kabina prysznicowa oraz brodzik stanowi barierę architektoniczną dla osoby niepełnosprawnej.

Dąbrowa Górnicza dn. ____ / ____ / ____ r.

Czytelny podpis

Wnioskodawcy, pełnomocnika, przedstawiciela
ustawowego, opiekuna prawnego.

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE DOCHODÓW

Przeciętny miesięczny dochód na 1 osobę w rodzinie oznacza – przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

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

Ja niżej podpisany(a) _____ zamieszkały(a)
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

_____ (miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

		Przeciętny miesięczny dochód*
Dane dotyczące Wnioskodawcy – imię i nazwisko:		X
1.		
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:		X
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
		Razem:

Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego /Dz.U. z dnia 06.06.1997 r. nr 88 poz. 553/ za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.

Oświadczam, także że:

- 1) **przeciętny miesięczny dochód** przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosizł (słownie złotych:)
- 2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia.....r.
miejscowość

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

POUCZENIE

Za dochody uwzględniane przy obliczeniu przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, uważa się dochody (po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób):

- a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- b) deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,
- c) inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Zaświadczenie lekarskie

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie **likwidacji barier architektonicznych** z udziałem środków **PFRON**
wypełnia lekarz specjalista stosownie do rodzaju niepełnosprawności
wniosek należy wypełnić CZYTELNIEM w języku polskim

Imię i nazwisko _____ PESEL _____

Adres zamieszkania _____

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:

- dysfunkcji narządu ruchu* - **zdolność poruszania się:**
- samodzielnie, za pomocą kuli/kul, za pomocą balkonika,
- na wózku inwalidzkim w mieszkaniu i na zewnątrz*/ tylko na zewnątrz*
- osoba mająca protezę, inne przedmioty ortopedyczne – jakie _____
- osoba nie poruszająca się samodzielnie – leżąca,
- wrodzony brak lub amputacja nogi/nóg*, dłoni lub ręki/rąk*,
- dysfunkcji narządu wzroku*, dysfunkcji narządu słuchu*,
- innej dysfunkcji* _____

2. Charakterystyka posiadanej niepełnosprawności:

3. Ww. osoba niepełnosprawna ma trudności w poruszaniu się polegające na:

4. Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez dokonanie następujących działań:

5. Realizacja ww. zadań umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych czynności życiowych w następujący sposób:

(miejscowość i data)

(podpis lekarza specjalisty)

* właściwe zakreślić znakiem X

WYPEŁNIA PRACOWNIK MOPS

Załączniki wymagane do wniosku:

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono (zaznaczyć właściwe)	Uzupełniono (zaznaczyć właściwe)	Data uzupełnienia
		wypełnia pracownik przyjmujący wniosek		
1.	Kserokopia aktualnego dokumentu potwierdzającego stopień niepełnosprawności lub niepełnosprawność w przypadku dziecka do 16 roku życia - oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Aktualne zaświadczenie lekarskie (lekarz specjalista), zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Zgoda właściciela budynku na dostosowanie mieszkania dla potrzeb osoby niepełnosprawnej.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Pełnomocnictwo w przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności lub kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Inne załączone dokumenty:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Pieczętka imienna pracownika przyjmującego wniosek

Data, podpis:.....