

**MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
W DĄBROWIE GÓRNICZEJ**

Data wpływu
Nr wniosku BA/DZ*/_____ / _____ r.
Nr sprawy DdRS.6102._____ / _____

Piecątka i podpis pracownika przyjmującego wniosek

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

1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY / DZIECKU / PODOPIECZNYM *

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		
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
<input type="checkbox"/> orzeczenie o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia.		
Orzeczenie ważne: <input type="checkbox"/> okresowo do _____ <input type="checkbox"/> bezterminowo		

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

4. RODZAJE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI*

1	dysfunkcja narządu ruchu:	
	a)	poruszam się na wózku inwalidzkim
	b)	poruszam się o kulach
	c)	poruszam się o balkoniku
	d)	wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk
	e)	osoba nie poruszająca się samodzielnie - leżąca
	f)	inna dysfunkcja narządu ruchu
2	dysfunkcja narządu wzroku	
3	dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
4	deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
5	niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
6	inne (jakie?)	

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

6. INFORMACJE DOTYCZĄCE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

(w ciągu 3 lat od daty złożenia niniejszego wniosku)

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON (w tym programy celowe realizowane przez PFRON) w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku) tak nie

Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
Razem uzyskane dofinansowanie:						

* zaznaczyć znakiem X w odpowiednich rubrykach

7. SYTUACJA MIESZKANIOWA – opis budynku i mieszkania*

a.	Dom jednorodzinny, wielorodzinny prywatny, wielorodzinny komunalny, wielorodzinny, spółdzielczy*.
b.	Inne _____
c.	budynek parterowy, piętrowy, mieszkanie na _____ (proszę podać kondygnację)
d.	przybliżony wiek budynku lub rok budowy _____
e.	opis mieszkania: pokoje _____ (podać liczbę) - z kuchnią - bez kuchni - z łazienką - bez łazienki - z wc - bez wc
f.	łazienka jest wyposażona w: wannę – brodzik - kabinę prysznicową –umywalkę
g.	w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej – ciepłej – kanalizacja - centralne ogrzewanie – prąd - gaz
h.	inne informacje o warunkach mieszkaniowych _____

8. UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU - cel dofinansowania

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

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

10. 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 tekst jednolity).
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

11. 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.

12. 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.

13. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE DOCHODÓW

Niniejszym oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód na 1 osobę w rodzinie** wynosił: _____ zł.

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:

L.p.	Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Wiek	Czy pobiera naukę (tak/nie)	Przeciętny miesięczny dochód*
Dane dotyczące Wnioskodawcy:						
1.						
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego:						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
					Razem:	

Wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie ww. danych w bazie danych MOPS/DdRS dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadania, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014, poz. 1182 tekst jednolity).

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.

Data

Czytelny podpis

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) :

- 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,
- 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,
- 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 CZYTELNIE 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

osoba mająca protezę, inne przedmioty ortopedyczne – jakie _____

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)

* właściwie zakreślić znakiem X

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:.....