

**MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
W DĄBROWIE GÓRNICZEJ**

DATA WPLYWU _____
Nr wniosku BT/DZ*/ _____ / _____ r.
Nr sprawy DdRS.6103. _____ / _____

_____ Podpis i pieczętka pracownika MOPS przyjmującego wniosek
--

**WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON DO LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH**

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: okresowo do _____ bezterminowo

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

4. RODZAJE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI*

	dysfunkcja narządu ruchu:	
1	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 <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
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

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**

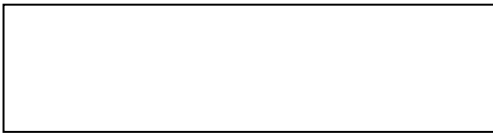
_____ **Czytelny podpis**

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 technicznych** 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

osoba mająca protezę, inne przedmioty ortopedyczne – jakie _____

dysfunkcji narządu wzroku*, dysfunkcji narządu słuchu*,

innej dysfunkcji* _____

2. Informacje o rodzaju niepełnosprawności i rozpoznanie choroby zasadniczej:

3. Opis ograniczeń, jakie wynikają ze schorzenia - **uzasadnienie konieczności likwidacji barier technicznych, przez które należy rozumieć bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej sprawniejsze działanie w społeczeństwie i umożliwienie jej funkcjonowanie w życiu codziennym:**

4. Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez dokonanie następujących działań (podać rodzaj urządzeń, sprzętów, pomocy technicznych):

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

Miejscowość i data _____

Podpis i pieczętka lekarza specjalisty _____

Załączniki wymagane do wniosku

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono (zaznaczyć właściwe)	Uzupełniono (zaznaczyć właściwe)	Data uzupełnienia
			wypełnia pracownik przyjmujący wniosek	
1.	Kserokopie aktualnych dokumentów potwierdzających 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.	Imienna oferta cenowa urządzenia lub faktura pro-forma wystawiona przez sprzedawcę i podpisana przez Wnioskodawcę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Aktualne zaświadczenie lekarskie (lekarza specjalisty), wskazujące na konieczność zakupu sprzętu wymienionego we wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	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"/>	
6.	Inne załączone dokumenty:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Pieczętka imienna pracownika przyjmującego wniosek

Data, podpis: