

<b>Data wpływu:</b>
Nr wniosku BT/DZ*/_____/_____/_____
Nr sprawy DdRS.6103.2._____/_____

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

**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\* WNIOSKODAWCY / DZIECKA / PODOPIECZNEGO

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 / DZIECKA / PODOPIECZNEGO

- 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 zaległości wobec PFRON: tak  nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) zaległości: .....

Czy Wnioskodawca w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku był stroną umowy o dofinansowanie ze środków

PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie: tak  nie

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)
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>						

\* zaznaczyć znakiem X w odpowiednich rubrykach

**7. WNIOSKOWANE DOFINANSOWANIE (należy podać nazwę urządzenia i jego cenę)**

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
<b>ŁĄCZNIE</b>		

**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. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU****Załączniki:**

- Kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność/**kopia orzeczenia** o niepełnosprawności (oryginał do wglądu),
- 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,
- Aktualne **zaświadczenie lekarskie (lekarza specjalisty)**, wskazujące na konieczność zakupu sprzętu wymienionego we wniosku,
- Udokumentowana informacja o ewentualnych innych niż środki PFRON źródłach finansowania zadania (pokrycie udziału własnego przez stowarzyszenia, fundacje itp.),
- **Imienna oferta cenowa urządzenia** wystawiona przez sprzedawcę i podpisana przez Wnioskodawcę.

1. Wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie ww. danych przez MOPS/DdRS dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadania, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 922).
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 (tekst jednolity Dz.U. z 2016 r., poz. 1137) za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.
4. Zostałem/łam poinformowany/na, że kwota dofinansowania do likwidacji barier technicznych **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.*

## 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 – <b>poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:</b>		X
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
		<b>Razem:</b>

Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego (tekst jednolity Dz.U. z 2016 r., poz. 1137) za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.

### Oświadczam, także że:

1) **przeciętny miesięczny dochód** przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi .....zł (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):**

- 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

## WYPEŁNIA PRACOWNIK MOPS

### 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: