

Data wpływu:
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 <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

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

Rodzaj przedmiotu dofinansowania	Orientacyjna cena brutto (w zł)	Kwota wnioskowana (w zł)
ŁĄCZNIE		

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 2017 r., poz. 2204) 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 – 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 (tekst jednolity Dz.U. z 2017 r., poz. 2204) 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):

- 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: