

Data wpływu:

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

Nr sprawy DdRS.6102._____/_____

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

1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY / DZIECKU / PODOPIECZNYM *

Imię i nazwisko

PESEL

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

ADRES ZAMIESZKANIA (pobyt stały)

Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Powiat	Województwo	Nr telefonu		

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 i nazwisko

PESEL

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

ADRES ZAMIESZKANIA

Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Powiat	Województwo	Nr telefonu		

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 „□”

6. SYTUACJA RODZINNA WNIOSKODAWCY / DZIECKA / PODOPIECZNEGO*

1.	Osoba mieszkająca samotnie	<input type="checkbox"/>
2.	Osoba zamieszkująca wyłącznie z osobami niepełnosprawnymi	<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 „”

7. SYTUACJA MIESZKANIOWA – opis budynku i mieszkania

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

8. UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU - cel dofinansowania

dotyczy dodatkowych informacji 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

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:.....)

11. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA

12. INFORMACJA O INNYCH ŹRÓDŁACH FINANSOWANIA ZADANIA

(potwierdzona odpowiednimi dokumentami)

13. INFORMACJA O OGÓLNEJ WARTOŚCI NAKŁADÓW dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

14. PRZEWIDYWANY TERMIN ROZPOCZĘCIA ZADANIA

15. PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA

16. RACHUNEK BANKOWY WNIOSKODAWCY na który mają zostać przekazane środki w przypadku zapłaty w 100 % za przedmiot dofinansowania

Nazwa banku.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

1. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie informować Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej.
2. Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego (tekst jednolity Dz.U. z 2019 r., poz. 1950, ze zm.) za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.
3. 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.
4. 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.
5. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem wniosku ponosi Wnioskodawca.
6. Informuję, **że jestem*, nie jestem*** płatnikiem podatku VAT.
7. 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.
8. Oświadczam, że o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Samorządu Powiatu Dąbrowa Górnicza tak - nie.
9. Podając numer telefonu wyraża Pan/Pani zgodę na jego przetwarzanie w celu ewentualnego kontaktu organu z osobą ubiegającą się o dofinansowanie (lub jej opiekunem prawnym/pełnomocnikiem) do celów związanych z wnioskiem o likwidację barier architektonicznych. Ma Pan/Pani możliwość wycofania tej zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Dąbrowa Górnicza, dnia _____

Czytelny podpis

Wnioskodawcy, pełnomocnika,
przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego

17. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Do I etapu

- ✓ **Kopia orzeczenia o niepełnosprawności.**
- ✓ **Aktualne zaświadczenie lekarskie** zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności.
- ✓ **Dokument potwierdzający tytuł prawny do lokalu**, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (np.: umowa najmu/wieczyste użytkowanie, przydział spółdzielczy, aktualny nr księgi wieczystej).
- ✓ **Zgoda właściciela lokalu** na dostosowanie mieszkania dla potrzeb osoby niepełnosprawnej – o ile dotyczy.
- ✓ **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 dokument stanowiący opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny.
- ✓ Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania.

Do II etapu

- ✓ Szkic mieszkania.
- ✓ Projekt i kosztorys ofertowy, pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach).
- ✓ Przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego – o ile dotyczy.

18. 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

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił _____ zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi _____.

Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego (tekst jednolity Dz.U. z 2019 r., poz. 1950, ze zm.) za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.

....., dnia.....r.
miejsowość

.....
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):

- 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.

Oświadczenie o miejscu zamieszkania

Oświadczam, że mieszkam.....

.....

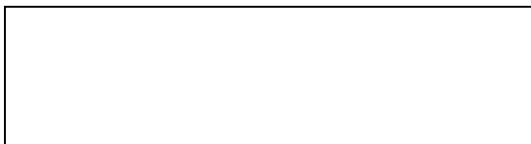
.....

(dokładny adres)

z zamiarem stałego pobytu, gdzie zostanie zlikwidowana bariera architektoniczna.

....., dnia.....r.
miejsowość

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



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Zaświadczenie lekarskie

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie **likwidacji barier architektonicznych** z udziałem środków **PFRON**
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 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 i pieczętka lekarza)

* 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	<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 zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Dokument potwierdzający tytuł prawny do lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (np.: własność – aktualny nr księgi wieczystej, 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.	Zgoda właściciela lokalu na dostosowanie mieszkania dla potrzeb osoby niepełnosprawnej – o ile dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Pełnomocnictwo w przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności lub dokument stanowiący opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Inne załączone dokumenty:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Pieczęć i imię pracownika przyjmującego wniosek

Data, podpis:.....

Zgoda właściciela lokalu / budynku mieszkalnego

Ja niżej podpisany/a zamieszkały/a w
(imię i nazwisko) (pełny adres)

będąc właścicielem lokalu / budynku mieszkalnego znajdującego się w
(pełny adres)

wyrażam zgodę na likwidację barier architektonicznych polegających na przystosowaniu lokalu / budynku mieszkalnego dla potrzeb Pana / Pani – który/a to stale zamieszkuje pod powyższym adresem.
(imię i nazwisko)

.....
(podpis właściciela lokalu / budynku mieszkalnego)

Obowiązek informacyjny Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dąbrowie Górniczej

Każdej osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo kontroli treści danych osobowych jej dotyczących, a w szczególności prawo do uzyskania wyczerpujących informacji na temat tych danych w oparciu o art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, zwanym dalej ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych (RODO)

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Dąbrowie Górniczej z siedzibą w Dąbrowie Górniczej Adres: Aleja Józefa Piłsudskiego 2, 41 – 300 Dąbrowa Górnicza, tel. (32) 262 40 40, fax: (32) 261 36 94, email: sekretariat@mops.com.pl reprezentowany przez Dyrektora.
2. Dane kontaktowe Inspektora ochrony danych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Dąbrowie Górniczej: iodo@mops.com.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu udzielenia dofinansowania Wnioskodawcy ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do likwidacji barier architektonicznych – dot. wniosku nr z dnia

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z realizowaniem obowiązków wynikających z przepisów prawa: Ustawa z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1172 z późn. zm.), Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 926). Zasady udzielania dofinansowania z udziałem środków PFRON do zadań wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r. z zakresu rehabilitacji społecznej realizowanych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Dąbrowie Górniczej.

4. Odbiorcami Pani/Pana danych mogą być partnerzy, banki, operatorzy pocztowi, przewoźnicy, firmy drukujące korespondencję lub obsługujące korespondencję otrzymywaną od klientów, firmy archiwizujące dokumenty, mogą być również udostępnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa oraz na podstawie umów powierzenia przetwarzania danych osobowych.

5. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Dąbrowie Górniczej nie będzie przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów prawa, zgodnie z terminami wskazanymi w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt, instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych, tj. przez okres B-5 (5 lat) (okres przechowywania liczy się od 1 stycznia roku następnego po załatwieniu sprawy) zgodnie z Jednolitym, rzeczowym wykazem akt, innych przepisów prawa, regulujących czas przetwarzania danych, którym podlega administrator lub gdy dane osobowe przetwarzane będą na podstawie odrębnej zgody będą przechowywane do czasu jej odwołania.
7. Posiada Pani/Pan:
 - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
 - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych, oraz ich uzupełnienia
 - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych

Nie przysługuje Pani/Panu:

- w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych;
 - w związku z art. 20 ust. 3 prawo do przenoszenia danych.
 - na podstawie art. 21 wnieść sprzeciw wobec przetwarzania dotyczących Pani/Pana danych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO.
8. Gdy uzna Pan/Pani, iż Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Dąbrowie Górniczej, jako administrator danych, przetwarza je w sposób naruszający przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych
 9. Podanie danych osobowych w zakresie obowiązujących przepisów ustaw i rozporządzeń dotyczących postępowania ustawowego, finansów publicznych jest obowiązkowe, w pozostałym jest dobrowolne.
 10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym nie będą podlegać profilowaniu (art. 22 RODO)

.....

(podpis właściciela lokalu / budynku mieszalnego)