

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

data wpływu kompletnego wniosku

nr wniosku / powiat / rok złożenia wniosku

W N I O S E K

o dofinansowanie likwidacji barier technicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

1. DANE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ)

Imię i nazwisko

Data urodzenia:-.....-..... PESEL:

Dow.osob. Seria..... nr.....data wydania.....r.

Termin ważności.....r.

ADRES ZAMIESZKANIA/ZAMELDOWANIA

ADRES KORESPONDENCYJNY

Ulica..... Ulica.....

Kod-..... Miejscowość Kod-..... Miejscowość

Telefon..... e-mail.....

2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (wypełnić, jeśli wniosek dotyczy osoby niepełnoletniej, ubezwłasnowolnionej, posiadającej opiekuna prawnego lub pełnomocnika):

Imię i nazwisko: PESEL.....

Dow.osob. Seria..... Nr data wydania.....r.

Termin ważności.....r.

ADRES ZAMIESZKANIA/ZAMELDOWANIA

ADRES KORESPONDENCYJNY

Ulica..... Ulica.....

Kod-..... Miejscowość Kod-..... Miejscowość

Telefon..... e-mail.....

Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia

sygnatura akt

Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

dnia nr repertorium

3. Informacje o Wnioskodawcy

I. Posiadane orzeczenie (wstawić znak X we właściwej rubryce)

- ☐ stopień Znaczny / I Gr. / całkowicie niezdolny do pracy i samodzielnej egzystencji
- ☐ stopień Umiarkowany / II Gr. / całkowicie niezdolny do pracy
- ☐ stopień Lekki / III Gr. / częściowo niezdolny do pracy
- ☐ niepełnosprawność osoby do 16 roku życia

(proszę podać datę ważności posiadanego orzeczenia oraz numer wydanego orzeczenia)

.....
II. Rodzaj niepełnosprawności (wstawić znak X we właściwej rubryce)

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk
- ☐ inna dysfunkcja narządu ruchu
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku
- ☐ dysfunkcja narządu słuchu
- ☐ dysfunkcja narządu mowy
- ☐ deficyt rozwojowy(upośledzenie umysłowe)
- ☐ niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia

III.Sytuacja zawodowa (wstawić znak X we właściwej rubryce)

- ☐ zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą
- ☐ młodzież w wieku od 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- ☐ bezrobotny poszukujący pracy/ rencista poszukujący pracy
- ☐ rencista/ emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- ☐ dzieci i młodzież do lat 18

IV. Rozpoznanie potrzeb wnioskodawcy wynikających z niepełnosprawności: (zaznaczyć właściwą odpowiedź):

- Czy wnioskodawca porusza się samodzielnie **Tak** ☐ / **Nie** ☐
- Czy wnioskodawca porusza się na wózku inwalidzkim **Tak** ☐ / **Nie** ☐
- Czy wnioskodawca porusza się przy pomocy kul lub innych przedmiotów **Tak** ☐ / **Nie** ☐, jeżeli tak, to jakich:.....
- Czy wnioskodawca korzysta z pomocy opiekuna **Tak** ☐ / **Nie** ☐

I. Osoby wspólnie zamieszkujące

Imię i nazwisko	Stopień niepełnosprawności (jeżeli dotyczy)	Rodzaj niepełnosprawności (jeżeli dotyczy)

II. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON w okresie ostatnich 3 lat przed dniem złożenia wniosku

Czy wnioskodawca korzystał ze środków PFRON			Tak: ☐	Nie: ☐
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	

4. Przedmiot dofinansowania (Przewidywany koszt realizacji zadania)

(Wnioskodawca dokona rozpoznania we własnym zakresie cen zakupu sprzętów związanych z likwidacją barier technicznych dla własnych potrzeb wynikających ze stopnia niepełnosprawności – celem określenia ceny brutto realizacji zadania) w kolejności od najważniejszego

nazwa urządzenia, rodzaj usługi

kwota brutto

.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Suma:	

5. Łączna wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON zadania wynosi:

(do 95 % całości zadania) zł

Słownie:.....

6. Deklarowana kwota udziału własnego w kosztach (min. 5 % wartości) zł

Słownie

7. Termin rozpoczęcia i przewidywany termin realizacji zadania:

.....

8. Uzasadnienie - cel dofinansowania (miejsce realizacji zadania)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Oświadczenia.

- a) Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód brutto rodziny, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, wynosizł. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi (zgodnie z zał. nr 1).
- b) Oświadczam, iż nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- c) Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych /mojego dziecka/podopiecznego w bazie danych MOPS w Żorach dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji dofinansowania, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.).
- d) Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 kk. w zw. z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 kpa. za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni od daty ich zaistnienia.
- e) Oświadczam, że zostałem/am poinformowany, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania oraz, że wniosek złożony w 2019 r. nie przechodzi na rok następny.
- f) Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania.

Żory, dnia/...../2019 r.

.....
(podpis Wnioskodawcy
/przedstawiciela ustawowego)

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik, **oryginał do wglądu**.
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
3. Zaświadczenie o nauce Wnioskodawcy w przypadku jej pobierania.
4. Potwierdzenie pełnienia funkcji opiekuna prawnego.
5. Zaświadczenie lekarskie – załącznik nr 2.
6. Oświadczenie o dochodach – załącznik nr 1.
7. Oferta cenowa urządzenia w kwocie brutto wystawiona przez sklep.

**Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie osób
pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym**

dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Żorach celem otrzymania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pod adresem
zamieszkują następujące osoby:

Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Przeciętny miesięczny dochód brutto obliczony
Dane dotyczące Wnioskodawcy:			
1.			
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa:			
2.			
3.			
4.			
5.			
Razem			

Oświadczam, że:

1. Przeciętny miesięczny dochód brutto rodziny z ostatnich trzech miesięcy, przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł zł
.....gr.
2. Świadomy odpowiedzialności karnej (art. 233 § 1 kk) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu podane zostały zgodnie z prawdą. Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Żory, dnia/...../2019 r.

.....
(podpis Wnioskodawcy
/przedstawiciela ustawowego)

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....
.....

2. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące:

.....
.....

3. Rodzaj niepełnosprawności (zakreślić właściwe):

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- ☐ dysfunkcja narządu ruchu bez konieczności poruszania się na wózku inwalidzkim
- ☐ wrodzony brak lub amputacja kończyn
- ☐ inna dysfunkcja narządu ruchu
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku
- ☐ dysfunkcja narządu słuchu
- ☐ dysfunkcja narządu mowy
- ☐ inne schorzenia, (jakie?)

.....

4. Używane zaopatrzenie ortopedyczne (np. wózek inwalidzki, kula, proteza, balkonik, proteza kończyn, gorset ortopedyczny, inne):

.....

5. Zasadność zakupu urządzeń z zakresu likwidacji barier technicznych:

.....

.....

6. Uwagi i zalecenia dodatkowe:

.....

....., dnia/...../2019 r.

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

-
- Wypełnić czytelnie w języku polskim

Procedura dotycząca przyznawania dofinansowania likwidacji barier technicznych

1. Pobrany i wypełniony druk wraz z załącznikami Wnioskodawca składa w MOPS w Żorach, Zespół ds. Osób Niepełnosprawnych ul. Boryńska 13, pok. nr 9, tel. 32 43 57 840 w. 30.
2. Podstawę dofinansowania stanowi umowa zawarta **przed zakupem sprzętu lub wykonaniem prac** pomiędzy MOPS a Wnioskodawcą.
3. Dofinansowanie likwidacji barier technicznych nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które **w ciągu trzech lat przed złożeniem** uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków PFRON.
4. **Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.**
5. Istnieje możliwość przeprowadzenia wizji lokalnej. MOPS w Żorach telefonicznie lub listownie informuje Wnioskodawcę o terminie jej przeprowadzenia.
6. Po weryfikacji kosztorysu i podjęcia decyzji Wnioskodawca otrzymuje informacje o przyznaniu dofinansowania i terminie podpisania umowy.
7. W wyznaczonym terminie Wnioskodawca zobowiązany jest stawić się z dowodem osobistym do siedziby MOPS w Żorach celem podpisania umowy. **Wnioskodawca podpisuje umowę osobiście.**
8. Po podpisaniu umowy Wnioskodawca dokonuje zakupu sprzętu wpłacając udział własny i w wyznaczonym terminie jest zobowiązany dostarczyć oryginał faktury wraz z dowodem wpłaty do MOPS w Żorach.
9. MOPS po weryfikacji faktur przekazuje środki finansowe stanowiące dofinansowanie zadania na wskazane konto dostawcy.
10. MOPS w Żorach ma prawo w ciągu trzech lat po podpisaniu umowy do kontroli zakupionego sprzętu.

Przyjmuję do wiadomości powyższą procedurę oraz informację, że niniejszy wniosek złożony w dniu..... zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w Warszawie i uchwaleniu planu finansowego na 2019 rok przez Radę Miasta Żory.

.....
(podpis Wnioskodawcy
/przedstawiciela ustawowego)

Klauzula informacyjna przy pobieraniu danych bezpośrednio od osoby

Zgodnie z art. 13 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Żorach z siedzibą w Żorach ul. Księcia Przemysława 2;
- 2) kontakt z inspektorem ochrony danych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Żorach pod adresem e-mail: iodo@mops.zory.pl , nr telefonu: 32 43 42 412 wew. 19;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach realizacji ustawowych zadań Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Żorach- na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c, e RODO oraz na podstawie Art. 9 ust. 2 lit. g) RODO;
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa i podmioty upoważnione na podstawie umów;
- 5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
- 6) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z Jednolitym Rzecзовym Wykazem Akt;
- 7) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 8) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, zajmującego się ochroną danych osobowych;
- 9) podanie Pani/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do udzielenia pomocy / przyznania świadczeń;
- 10) Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu;
- 11) Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane ręcznie oraz automatycznie.

Oświadczam, że zostałem zapoznany z powyższymi danymi

Żory, dnia

.....

czytelny podpis