

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 architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

1. DANE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ)

Imię i nazwisko

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

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:

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** ☐

IV.Osoby wspólnie zamieszkujące

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

V. 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. Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe (proszę podkreślić właściwą odpowiedź)

- a) dom jednorodzinny/ wielorodzinny prywatny/ wielorodzinny komunalny/ wielorodzinny spółdzielczy/ inne
- b) budynek parterowy/piętrowy/ mieszkanie na piętrze,
- c) przybliżony wiek budynku lub rok budowy,
- d) budynek posiada/nie posiada windę,
- e) opis mieszkania: pokoje _____ (podać liczbę), z kuchnią/ bez kuchni/ z łazienką/ bez łazienki/ z wc/ bez wc,
- f) drzwi w budynku mieszkalnym dostosowane do potrzeb osób na wózku inwalidzkim: tak/nie,
- g) łazienka jest wyposażona w: wannę/ brodzik/ kabinę prysznicową/ umywalkę,
- h) w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej/ ciepłej/ kanalizacja/ centralne ogrzewanie/ ogrzewanie gazowe/ ogrzewanie elektryczne/ prąd/ gaz,
- i) inne informacje o warunkach mieszkaniowych:.....
.....

5. Przedmiot dofinansowania (Przewidywany koszt realizacji zadania: wykaz planowanych zakupów w celu likwidacji barier architektonicznych i przewidywany koszt w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy

(Wnioskodawca dokona rozpoznania we własnym zakresie cen zakupu sprzętów, urządzeń i materiałów oraz kosztów robocizny, wykonania usługi, montażu i dostawy, związanych z likwidacją barier architektonicznych dla własnych potrzeb wynikających ze stopnia niepełnosprawności – celem określenia ceny brutto realizacji zadania.)

nazwa urządzenia, rodzaj usługi

kwota brutto

.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

- 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 2020 r. nie przechodzi na rok następny.
- f) Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania.

Żory, dnia/...../2020 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. Pisemna zgoda właściciela budynku na wykonanie robót we wnioskowanym zakresie.
8. Dokumentacja techniczna dotycząca lokalu lub budynku, w którym mają być zlikwidowane bariery architektoniczne:
 - a) szkic stanu istniejącego lub projekt techniczny,
 - b) szkic po zmianach lub projekt techniczny,
 - c) szczegółowy kosztorys ofertowy
9. Kopia dokumentu potwierdzającego tytuł prawny do lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja bariery architektonicznej.
10. Pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach).

**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
Dane dotyczące Wnioskodawcy:			
1.			
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa:			
2.			
3.			
4.			
5.			
Razem			

Oświadczam, że:

- Przeciętny miesięczny dochód brutto rodziny z ostatnich trzech miesięcy przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł zł
- 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/...../2020 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 likwidacji barier architektonicznych:

.....

.....

6. Uwagi i zalecenia dodatkowe:

.....

....., dnia/...../2020 r

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

-
- Wypełnić czytelnie w języku polskim

Procedura dotycząca przyznawania dofinansowania likwidacji barier architektonicznych

1. Pobrany i wypełniony druk wraz z załącznikami Wnioskodawca składa w MOPS w Żorach, Zespół Wsparcia Osób Starszych i Niepełnosprawnych ul. Piastów Górnośląskich 4, tel. 506 140 671.
2. Podstawą dofinansowania stanowi umowa zawarta **przed wykonaniem prac** pomiędzy MOPS a Wnioskodawcą.
3. Dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych przysługuje osobom niepełnosprawnym, które mają trudności w poruszaniu się, jeżeli są właścicielami nieruchomości lub użytkownikami wieczystymi, lub posiadają zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkują.
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. MOPS po weryfikacji dokumentów przekazuje środki finansowe stanowiące dofinansowanie zadania na wskazane konto Wnioskodawcy lub wykonawcy.
9. W celu końcowego rozliczenia Wnioskodawca zobowiązany jest dostarczyć do MOPS w Żorach oryginalnych faktur w celu ich opisanie.
10. Procedurę kończy odbiór wykonania zadania w miejscu zamieszkania Wnioskodawcy i sporządzenie protokołu końcowego.

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 2020 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 Rzeczowym 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