



3.2 Uzasadnienie (jakie utrudnienia powoduje obecny stan, jaką korzyść przyniesie likwidacja danej bariery, itd. - w odniesieniu do niepełnosprawności wnioskodawcy i obecnego stanu budynku/ pomieszczenia)

3.3 Przewidywany koszt realizacji	zł	3.4 Nakłady dotychczas poniesione	zł				
3.5 Wnioskowana kwota dofinansowania (max 95% przewidywanego kosztu realizacji)	zł	3.6 Dodatkowy deklarowany udział własny (ponad obowiązkowe 5%)	10%	20%	30%	więcej (ile?)	
3.7 Źródła finansowania udziału własnego (np. wnioskodawca, fundacja, wspólnota mieszkaniowa, ABK, itp.)							
3.8 Przewidywany termin rozpoczęcia prac i czas realizacji	3.9 Czas oczekiwania na przyznanie dofinansowania (udokumentowane odmowy w ciągłości kolejnych lat)		1 rok	2 lata	3 lata	4 lata	więcej (ile?)
3.10 Wnioskodawca uzyskał dofinansowanie ze środków PFRON na likwidację barier: architektonicznych, w komunikowaniu się, technicznych lub innych?						NIE	
TAK, proszę podać jaki był cel dofinansowania, kwotę, nr zawartej umowy, datę przyznania oraz stan rozliczenia							

--

#### 4. Informacje dotyczące statusu osoby niepełnosprawnej (właściwe proszę zaznaczyć znakiem X)

4.1 Posiadane orzeczenie o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub grupie inwalidzkiej												
Stopień znaczny / I grupa	<input type="checkbox"/>	Stopień umiarkowany / II grupa	<input type="checkbox"/>	Stopień lekki / III grupa	<input type="checkbox"/>							
4.2 Przyczyna i rodzaj niepełnosprawności												
Symbol przyczyny niepełnosprawności	01-U	02-P	03-L	04-O	05-R	06-E	07-S	08-T	09-M	11-I	10-N	12-C
Osoba leżąca (potwierdzone zaświadczeniem lekarskim)	<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku (potwierdzone zaświadczeniem lekarskim)										<input type="checkbox"/>
Inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?)												
Dysfunkcja narządu wzroku	<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu słuchu i mowy	<input type="checkbox"/>	Deficyt rozwojowy (osoby, które mają trudności w poruszaniu się)	<input type="checkbox"/>							
Inna jednostka chorobowa (jaka?)												

4.3 Inne osoby niepełnosprawne pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą				
Lp	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Wiek	Rodzaj i stopień niepełnosprawności
1				
2				
3				
4				

#### 5. Warunki mieszkaniowe

Właściciel mieszkania (imię nazwisko /nazwa podmiotu)															
dom jednorodzinny	<input type="checkbox"/>	budynek wielorodzinny prywatny	<input type="checkbox"/>	wielorodzinny komunalny	<input type="checkbox"/>	wielorodzinny spółdzielczy	<input type="checkbox"/>	spółdzielczy własnościowy	<input type="checkbox"/>						
Inny (jaki?)			budynek parterowy	<input type="checkbox"/>	budynek piętrowy	<input type="checkbox"/>	mieszkanie na	..... piętrze							
przybliżony wiek budynku / rok budowy					metraż domu/mieszkania		m <sup>2</sup>	Liczba pokoi							
kuchnia	<input type="checkbox"/>	bez kuchni	<input type="checkbox"/>	łazienka	<input type="checkbox"/>	bez łazienki	<input type="checkbox"/>	wanna	<input type="checkbox"/>	brodzik	<input type="checkbox"/>	kabina prysznicowa	<input type="checkbox"/>	umywalka	<input type="checkbox"/>
instalacja wody zimnej		<input type="checkbox"/>	instalacja wody ciepłej		<input type="checkbox"/>	kanalizacja	<input type="checkbox"/>	ogrzewanie centralne		<input type="checkbox"/>	prąd	<input type="checkbox"/>	gaz	<input type="checkbox"/>	
Informacje dodatkowe o warunkach mieszkaniowych															

--

### 6. Informacja o dochodach

**UWAGA ! Do dochodu nie wlicza się świadczenia pielęgnacyjnego, zasiłku i dodatku pielęgnacyjnego oraz zasiłków rodzinnych**

\* Średni miesięczny dochód pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych wraz ze składką na ubezpieczenie zdrowotne, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób oraz powiększony o kwotę otrzymywanych alimentów podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za rok podatkowy poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

Lp	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Wiek	Źródło dochodu wynagrodzenie, renta, emerytura (należy wymienić wszystkie źródła dochodu)	Średni miesięczny dochód netto*
1		WNIOSKODAWCA			
<b>RAZEM</b>					

Informuję, że korzystam ze świadczeń rodzinnych, świadczeń z pomocy społecznej, alimentów lub innych świadczeń w łącznej kwocie	
---	--

### 7. Obecnie realizowany poziom kształcenia

Szkoła podstawowa		Gimnazjum		Zasadnicza szkoła zawodowa		Liceum		Technikum		Szkoła policealna	
Studia (I i II stopnia)		Studia podyplomowe		Studia doktoranckie		Inny (jaki?)					
Nazwa i adres szkoły, w której wnioskodawca pobiera obecnie naukę											

### 8. Działania związane z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych

kursy zawodowe, szkolenia (nazwa, data rozpoczęcia)		nauka języków obcych (data rozpoczęcia)	
Inne działania (jakie?)			

## 9. Oświadczenia

<b>Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego i pouczony o jego treści: „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3” oświadczam, że</b>			
liczba członków rodziny we wspólnym gospodarstwie domowym razem z wnioskodawcą wynosi			
▪ średni miesięczny dochód netto rodziny wynosi			zł
▪ średni miesięczny dochód netto na osobę w rodzinie wynosi			zł
▪ posiadam środki finansowe w wysokości wystarczającej na obowiązkowy 5% wkład własny do realizacji zadania			
▪ poniższy adres jest adresem pod którym zamieszkuję z zamiarem stałego pobytu oraz w którym zamierzam zlikwidować bariery architektoniczne			
Proszę wpisać adres stałego zamieszkania			
▪ nie posiadam zaległości w terminowym regulowaniu zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie była(e)m stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.			
<i>Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 ze zm.) informuję, iż administratorem danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Gdyni, ul. Grabowo 2, 81-265 Gdynia. Celem zbierania danych jest realizacja zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721 ze zm.), a obowiązek ich podania służy realizacji zapisów ustawy. Jednocześnie przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.</i>			
Gdynia, dnia		Czytelny podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika	

## 10. Forma przekazania dofinansowania

Wyrażam zgodę na przelew dofinansowania	na mój rachunek bankowy		na wskazany przeze mnie rachunek bankowy																	
Imię i nazwisko oraz adres właściciela rachunku (jeśli dotyczy – stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą)																				
Nazwa banku																				
Nr konta																				
Gdynia, dnia		Czytelny podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika																		

**UWAGA!** Przed przyznaniem dofinansowania proszę nie dokonywać zakupów oraz nie rozpoczynać prac ponieważ zakupione materiały oraz prace wykonane przed przyznaniem dofinansowania i podpisaniem umowy nie mogą być dofinansowane.

**11. Załączniki do wniosku** (w przypadkach, w których wymagane jest złożenie kserokopii dokumentów niezbędne jest przedstawienie oryginałów do wglądu)

▪ <b>kserokopia orzeczenia</b> o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia do celów rentowych
▪ <b>kserokopia orzeczenia</b> o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia do celów rentowych <b>innych osób niepełnosprawnych pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą</b>
▪ <b>aktualne zaświadczenie lekarskie</b> zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności (jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu)
▪ <b>aktualne zaświadczenie lekarskie</b> potwierdzające, że wnioskodawca jest osobą leżącą lub poruszającą się przy pomocy wózka inwalidzkiego ( jeżeli dotyczy)
▪ <b>kserokopia dokumentów potwierdzających uzyskane dochody</b> w przypadku osób zatrudnionych: zaświadczenie z zakładu pracy bądź oświadczenie o wysokości dochodów oraz potwierdzony przez urząd skarbowy PIT za rok podatkowy poprzedzający dzień złożenia wniosku, w przypadku emerytów i rencistów: ostatnia decyzja o waloryzacji renty/emerytury za rok poprzedzający dzień złożenia wniosku
▪ <b>kserokopie dokumentów potwierdzających obecnie realizowany poziom kształcenia</b> – jeżeli dotyczy
▪ <b>kserokopie dokumentów potwierdzających podnoszenie kwalifikacji zawodowych</b> – jeżeli dotyczy
▪ <b>kserokopia aktu własności lub umowy najmu lokalu</b> , w którym ma nastąpić likwidacja barier
▪ <b>zgoda właściciela, współwłaścicieli nieruchomości/ budynku na likwidację barier</b> - jeżeli jest konieczna
▪ w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - <b>kserokopia zaświadczenia lub wyroku sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego</b>
▪ w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika - <b>kserokopia pełnomocnictwa notarialnego</b>

W przypadku uzyskania informacji o przyznaniu dofinansowania należy również dostarczyć

▪ <b>wstępny kosztorys prac</b> sporządzony przez wykonawcę robót
▪ <b>poświadczenie zameldowania</b> wnioskodawcy oraz osób niepełnosprawnych zamieszkujących wspólnie w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier, wystawione przez Urząd Miasta

**12. Wypełnia pracownik MOPS w Gdyni**

<b>Data wpływu wniosku</b>		<b>Pieczętka i podpis pracownika</b>	
ADNOTACJE URZĘDOWE			