

WNIOSEK o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier technicznych

1. Dane wnioskodawcy lub opiekuna prawnego

Imię i nazwisko			Data urodzenia		
Adres zamieszkania/ zameldowania ulica, nr domu/ mieszkania			Kod pocztowy Gdynia		
Telefon			E-mail		
Adres do korespondencji, jeśli jest inny niż ww.: ulica, nr domu/ mieszkania			Kod pocztowy Miejscowość		
Nr dowodu osobistego			PESEL		
Wydany przez			Data ważności		

2. Dane dziecka lub osoby ubezwłasnowolnionej

Imię i nazwisko			Data urodzenia		
Adres zamieszkania/ zameldowania ulica, nr domu/ mieszkania			Kod pocztowy Gdynia		
Telefon			E-mail		
Adres do korespondencji, jeśli jest inny niż ww.: ulica, nr domu/ mieszkania			Kod pocztowy Miejscowość		
Nr dowodu osobistego			PESEL		

3. Informacje dotyczące dofinansowania

3.1 Cel i przedmiot dofinansowania

(jakie bariery wnioskodawca zamierza zlikwidować, opis prac, zakupu np. zakupu chwytaka itp.)

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

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		Stopień umiarkowany / II grupa		Stopień lekki / III grupa									
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)		Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku (potwierdzona zaświadczeniem lekarskim)											
Inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka?)													
Dysfunkcja narządu wzroku		Dysfunkcja narządu słuchu i mowy				Deficyt rozwojowy (osoby, które mają trudności w poruszaniu się)							
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		budynek wielorodzinny prywatny		wielorodzinny komunalny		wielorodzinny spółdzielczy		spółdzielczy własnościowy							
Inny (jaki?)		budynek parterowy		budynek piętrowy		mieszkanie na piętrze								
przybliżony wiek budynku / rok budowy				metraż domu/mieszkania		m ²	Liczba pokoi								
kuchnia		bez kuchni		łazienka		bez łazienki		wanna		brodzik		kabina prysznicowa		umywalka	
instalacja wody zimnej		instalacja wody ciepłej		kanalizacja		ogrzewanie centralne		prąd		gaz					
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			
RAZEM					

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

<p>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</p>			
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 techniczne			
Proszę wpisać adres stałego zamieszkania			
<p>▪ 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.</p>			
<p><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></p>			
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)

▪ kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia do celów rentowych
▪ kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia do celów rentowych innych osób niepełnosprawnych pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą
▪ aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności (jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ aktualne zaświadczenie lekarskie potwierdzające, że wnioskodawca jest osobą leżącą lub poruszającą się przy pomocy wózka inwalidzkiego (jeżeli dotyczy)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ kserokopia dokumentów potwierdzających uzyskane dochody 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
<ul style="list-style-type: none"> ▪ kserokopie dokumentów potwierdzających obecnie realizowany poziom kształcenia – jeżeli dotyczy
<ul style="list-style-type: none"> ▪ kserokopie dokumentów potwierdzających podnoszenie kwalifikacji zawodowych – jeżeli dotyczy
<ul style="list-style-type: none"> ▪ kserokopia aktu własności lub umowy najmu lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier
<ul style="list-style-type: none"> ▪ zgoda właściciela, współwłaścicieli nieruchomości/ budynku na likwidację barier - jeżeli jest konieczna
<ul style="list-style-type: none"> ▪ w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - kserokopia zaświadczenia lub wyroku sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego
<ul style="list-style-type: none"> ▪ w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika - kserokopia pełnomocnictwa notarialnego

W przypadku uzyskania informacji o przyznaniu dofinansowania należy również dostarczyć

<ul style="list-style-type: none"> ▪ wstępny kosztorys prac sporządzony przez wykonawcę robót – jeżeli dotyczy
<ul style="list-style-type: none"> ▪ poświadczenie zameldowania wnioskodawcy oraz osób niepełnosprawnych zamieszkujących wspólnie w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier, wystawione przez Urząd Miasta

12. Wypełnia pracownik MOPS w Gdyni

Data wpływu wniosku		Pieczętka i podpis pracownika	
ADNOTACJE URZĘDOWE			