

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 wydane 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
- ☐ młódzież 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 młódzież 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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

6. 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. Właściciel budynku/ lokalu, w którym mają zostać przeprowadzone roboty budowlane:

.....

10. 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 2018 r. poz. 1000 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 2021 r. nie przechodzi na rok następny.
- f) Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania.

Żory, dnia/...../2021 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:

1. Przeciętny miesięczny dochód brutto rodziny z ostatnich trzech miesięcy przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł złgr.
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/...../2021 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/...../2021 r

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

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 2021 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