

MIEJSKI OŚRODEK POMOCY RODZINIE W SZCZECINIE

**WNIOSEK
O dofinansowanie osobie fizycznej likwidacji barier technicznych ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

A. Dane dotyczące Wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami):

..... **imiona rodziców:**

Nazwisko i imię Wnioskodawcy

Dowód Osobisty:
 Seria nr wydany w dniu przez

PESEL: **NIP**

Adres zameldowania:
 Kod: Miejscowość: ulica: nr

Adres zamieszkania:
 Kod: Miejscowość: ulica: nr

Telefon stacjonarny: Telefon komórkowy:

Nazwa banku:

Numer rachunku bankowego:

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

..... **imiona rodziców:**

Nazwisko i imię

Dowód Osobisty:
 Seria nr wydany w dniu przez

PESEL: **NIP**

Adres zameldowania:
 Kod: Miejscowość: ulica: nr

Adres zamieszkania:
 Kod: Miejscowość: ulica: nr

Telefon stacjonarny: Telefon komórkowy:

Nazwa banku:

Numer rachunku bankowego:

Ustanowiony opiekunem / pełnomocnikiem
 Wpisać właściwe, załączyć dokument potwierdzający

TABELA 1

Stopień niepełnosprawności potwierdzony orzeczeniem lekarskim:

Wstaw X

1. ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI OSÓB DO 16 ROKU ŻYCIA	
2. ZNACZNY (inwalida I grupy)	
2. UMIARKOWANY (inwalida II grupy)	
3. LEKKI (inwalida III grupy)	

TABELA 2**Rodzaj niepełnosprawności potwierdzony zaświadczeniem lekarskim:**

Wstaw X

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, jaka?.....	
2. dysfunkcja narządu ruchu, nie wymagająca poruszania się na wózku inwalidzkim, jaka?	
3. dysfunkcja narządu wzroku, jaka?	
4. dysfunkcja narządów: słuchu lub/i mowy, jaka?	
5. deficyt rozwoju / upośledzenie umysłowe, jaki?	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia, lub inna nie wymieniona w pkt. 1 – 5, jaka?	

TABELA 3**Sytuacja życiowa – Wnioskodawca zamieszkuje:**

Wstaw X

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami nie spokrewnionymi	

TABELA 4**Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą oraz oświadczenie o wysokości ich dochodów:**

Nazwisko i imię	Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności	Rodzaj niepełnosprawności	przeciętny miesięczny dochód obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek
wnioskodawca	-----			

Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, **podzielony przez liczbę osób** we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek wynosił zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

TABELA 5**1. Korzystanie ze środków Funduszu do likwidacji barier** (architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu się):

Czy wnioskodawca korzystał z dofinansowania do likwidacji barier? (zaznacz właściwe) TAK NIE	
Jakich? (proszę podać nr zawartej umowy)	
W którym roku?	
Czy był składany wniosek? Jeśli tak, podaj rok, lata	
Punktacja MOPR	

2. Korzystanie ze środków Funduszu na inne cel (np. turnus rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny):

Wstaw X

Czy Wnioskodawca korzystał z dofinansowania na inne cele i rozliczył się?	
Czy Wnioskodawca korzystał z dofinansowania i jest w trakcie rozliczania?	
Czy Wnioskodawca korzystał z dofinansowania i nie rozliczył się?	
Do czego otrzymał dofinansowanie? (wymień)	

3. Dodatkowe informacje o korzystaniu ze środków Funduszu -dotyczy umów zawieranych z PFRON (np. KOMPUTER DLA HOMERA, PEGAŻ 2003, SPRAWNY DOJAZD, STUDENT, itp.):

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON				TAK	NIE
Nr i data zawarcia Umowy	kwota	Cel dofinansowania	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło

Czy Wnioskodawca ma zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON?
(zaznacz właściwe) **TAK** **NIE**

Czy Wnioskodawca był stroną Umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy? (zaznacz właściwe) **TAK** **NIE**

B. Dane dotyczące przedmiotu dofinansowania:

1. **Przedmiot dofinansowania:** (o co ubiega się Wnioskodawca?)
.....
.....
2. **Informacje uzasadniające ubieganie się o dofinansowanie** (cel dofinansowania)
.....
.....
3. **Miejsce realizacji zadania:**
.....
4. **Przewidywany koszt realizacji zadania** (cena zakupu, prosimy załączyć wycenę ze sklepu)
.....
5. **Deklarowany udział własny Wnioskodawcy** (obowiązkowe minimum – 20%) zł.
6. **Wnioskowana kwota dofinansowania** zł.
7. **Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:**

Nazwa załącznika	Załączon o do wniosku tak/nie	Uzupełniono – tak/nie – data uzupełnienia (wypełnia pracownik MOPR)	
1. kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub inne równoważne, potwierdzające niepełnosprawność Wnioskodawcy (oryginał do wglądu)			
2. aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności, obecnym stanie zdrowia			
3. dokumenty potwierdzające prawo występowania w imieniu osoby niepełnospr. (np. opiekun prawny, pełnomocnik, przedstawiciel ustawowy) – oryginał do wglądu			
4. dowód osobisty Wnioskodawcy i osoby występującej w jego imieniu (w przypadku osoby nieletniej - dowód osobisty przedstawiciela ustawowego i skrócony odpis aktu urodzenia)			
5. zaświadczenie: A/ z Powiatowego Urzędu Pracy, w przypadku osób bezrobotnych lub/i poszukujących pracy; B/ z zakładu pracy potwierdzające zatrudnienie, w przypadku osób zatrudnionych			
6. osoby korzystające ze świadczeń pomocy społecznej – kopia decyzji			
7. udokumentowanie posiadania ewentualnych innych źródeł finansowania,			
8. informacja ze sklepu dotycząca wnioskowanego sprzętu, jego ceny brutto oraz ewentualnego czasu oczekiwania na realizację			

Oświadczam, że są mi znane następujące informacje:

- A.** o dofinansowanie likwidacji barier technicznych mogą ubiegać się **wyłącznie** osoby niepełnosprawne stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności;
- B.** dofinansowanie nie przysługuje osobom, które w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku otrzymały na ten cel dofinansowanie ze środków Funduszu oraz osobom, które były stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tej osoby;
- C.** dofinansowanie nie przysługuje jeżeli osoba ubiegająca się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu
- D.** dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie;
- E.** podstawę dofinansowania stanowi Umowa zawarta pomiędzy Starostą a Wnioskodawcą;

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów związanych z udzieleniem dofinansowania do likwidacji barier technicznych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

W przypadku, gdy MOPR poweźmie wątpliwości odnośnie do podanych we wniosku danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gosp.domowym, wezwie wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów. (Dz. U. 2002 nr 96, poz. 861 z późniejszymi zmianami)

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy / osoby
uprawnionej do reprezentowania Wnioskodawcy