



**Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
w Szczecinie**

data wpływu wniosku

nr wniosku

**SUMA UZYSKANYCH
PUNKTÓW**

WNIOSEK

**o dofinansowanie osobie fizycznej likwidacji *barier architektonicznych*
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

Dane dotyczące Wnioskodawcy (prosimy wypełnić drukowanymi literami)

Imię 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 ... Nazwisko 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	PESEL 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 .
Dowód osobisty: Seria 0 0 0 0 0 ... Numer 0 0 0 0 0 0 0 0 Wydany w dniu 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 . Przez 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	Tel. Stacjonarny 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 ... Tel. Kom. 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 Adres e- mail: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 .
Adres zameldowania: Ulica 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 nr 0 0 0 0 0 0 .. Kod 0 0 0 0 0 0 0 0 Miejscowość 0 ...	
Adres zamieszkania: Ulica 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 nr 0 0 0 0 0 0 .. Kod 0 0 0 0 0 0 0 0 Miejscowość 0 ...	
Adres do korespondencji: Ulica 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 nr 0 0 0 0 0 0 .. Kod 0 0 0 0 0 0 0 0 Miejscowość 0 ...	
Numer rachunku bankowego Wnioskodawcy 0 .	

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

Imię 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 .. Nazwisko 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	PESEL 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 .
Dowód osobisty: Seria 0 0 0 0 0 ... Numer 0 0 0 0 0 0 0 0 Wydany w dniu 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 . Przez 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	Tel. Stacjonarny 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 ... Tel. Kom. 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 Adres e- mail: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 .
Adres zameldowania: Ulica 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 nr 0 0 0 0 0 0 .. Kod 0 0 0 0 0 0 0 0 Miejscowość 0 ...	
Adres zamieszkania: Ulica 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 nr 0 0 0 0 0 0 .. Kod 0 0 0 0 0 0 0 0 Miejscowość 0 ...	
Adres do korespondencji: Ulica 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 nr 0 0 0 0 0 0 .. Kod 0 0 0 0 0 0 0 0 Miejscowość 0 ...	
Numer rachunku bankowego osoby reprezentującej Wnioskodawcę : 0 ...0 .	
Ustanowiony opiekunem/ pełnomocnikiem 0 Wpisana w książce, załączony dokument potwierdzający	

I. Stopie niepełnosprawno ci Wnioskodawcy potwierdzony orzeczeniem:
(prosimy wstawi sX+we wją ciwej rubryce)

1. ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNO CI OSÓB DO 16 ROKU YCIA	
2. ZNACZNY (inwalida I grupy)	
3. UMIARKOWANY (inwalida II grupy)	
4. LEKKI (inwalida III grupy)	

Punktacja MOPR

II. Rodzaj niepełnosprawno ci Wnioskodawcy, potwierdzony za wiadczeniem lekarskim:
(prosimy wstawi sX+we wją ciwej rubryce)

1. dysfunkcja narz dów ruchu z konieczno ci poruszania si na wózku inwalidzkim jaka?	
2. inna dysfunkcja narz dów ruchu, jaka?	
3. dysfunkcja narz du wzroku, jaka?	
4. dysfunkcja narz dów sychu i mowy, jaka?	
5. deficyt rozwoju /upo ledzenie umysjowe/, jaki?	
6. niepełnosprawno z ogólnego stanu zdrowia lub inna nie wymieniona w pkt. 1-5 jaka?	

Punktacja MOPR

III. Sytuacja zawodowa:
(prosimy wstawi sX+we wją ciwej rubryce)

1. zatrudniony* / prowadz cy dziajalno gospodarcz *	
2. mjdzie od lat 18 do 24 ucz ca si w systemie szkolnym lub studiuj ca*	
3. bezrobotny poszukuj cy pracy* / rencista poszukuj cy pracy*	
4. rencista* / emeryt nie zainteresowany podj ciem pracy*	
5. dzieci i mjdzie do lat 18	

* niepotrzebne skre li

Punktacja MOPR

IV. Sytuacja mieszkaniowa Ę wnioskodawca zamieszkuje :
(prosimy wstawi sX+we wją ciwej rubryce)

1. samotnie	
2. z jedn dorosym lub/i osobami do 16 r. .	
3. z kilkoma osobami dorosymy	

Punktacja MOPR

A. Sytuacja mieszkaniowa i opis budynku / mieszkania:

- Dom jednorodzinny, wielorodzinny prywatny, wielorodzinny komunalny, wielorodzinny spółdzielczy, inne (wpisać wyliczono)
- Budynek parterowy, piętrowy (wpisać wyliczono)..... mieszkanie na piętrze
- Przybliżony wiek budynku lub rok budowy
- Opis mieszkania: liczba pokoi, kuchnia, bez kuchni, z łazienką, bez łazienki, z WC, bez WC (wpisać wyliczono)
- Łazienka wyposażona jest w: wannę, brodzik, kabinę prysznicową, umywalkę (wpisać wyliczono)
- W mieszkaniu znajduje się instalacja wody zimnej, ciepłej, kanalizacja, centralne ogrzewanie, prąd, gaz (wpisać wyliczono)
- Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:

B. Tytuł prawny do lokalu lub budynku:

własność nieruchomości, wieczyste użytkowanie, nominacja, przydział lokalu, w którym stale zamieszkuje Wnioskodawca (wpisać wyliczono)

V. Osoby wspólnie mieszkające z Wnioskodawcą oraz o wiadczeniu o wysokości dochodów

Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełności (grupa)	Rodzaj niepełności	Przeciętny miesięczny dochód obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek	Punktacja MOPR
Wnioskodawca				
punktuacja za stopień i rodzaj niepełności osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym				

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 wynosi 0 0 0 0 0 0 .. zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

VI. Korzystanie ze rodków PFRON

a) Korzystanie ze rodków Funduszu do likwidacji barier (architektoniczne, techniczne, w komunikowaniu si):
(prosimy wstawi sX+we wja ciwej rubryce)

	TAK	NIE
Czy wnioskodawca korzystaż dofinansowania do likwidacji barier ?		
Jakich?(architektoniczne, techniczne, w komunikowaniu si -prosz wpisa wja ciwe) õ õ õ õ õ õ õ õ		
W którym roku? (prosz poda rok, w którym przyznano dofinansowanie) õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ õ .		
Czy byÿskładany wniosek? Je li tak, to podaj rok, lata õ ..		

Punktacja MOPR

b) Korzystanie ze rodków Funduszu na inne cele (np. turnus rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne, rodki pomocnicze, sprz t rehabilitacyjny)
(prosimy wstawi ðXÍ we wia ciwej rubryce)

	TAK	NIE
Czy wnioskodawca korzystaż dofinansowania?		
Czy wnioskodawca korzystaż dofinansowania na inne cele i rozliczyÿsi ?		
Czy wnioskodawca korzystaż dofinansowania i jest w trakcie rozliczania?		
Czy wnioskodawca korzystaż dofinansowania i nie rozliczyÿsi ?		
Do czego wnioskodawca otrzymaÿdofinansowanie (wymieni) õ ..		

Punktacja MOPR

c) Informacje o korzystaniu ze rodków Funduszu Ędotyczy programów zatwierdzonych przez Rad NadzorcZ PFRON (np. Komputer dla Homera, Pegaz 2003, Sprawny Dojazd, Student, Aktywny Samorz d, itp.):
(prosimy wstawi ðXÍ we wia ciwej rubryce)

				TAK	NIE
Czy wnioskodawca korzystaż rodków Funduszu?					
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Nazwa programu, obszar, rodzaj sprz tu	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	

Czy Wnioskodawca ma zalegô ci w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowi za wobec Funduszu?

(prosimy wstawi sX+we wja ciwej rubryce)

TAK NIE

Czy Wnioskodawca byÿstron umowy o dofinansowanie ze rodków Funduszu i rozwi zanej z przyczyn le cych po stronie Wnioskodawcy?

(prosimy wstawi sX+we wja ciwej rubryce)

TAK NIE

Nazwa załącznika	Wypełnia pracownik MOPR		
	Załączono do wniosku tak/nie	Uzupełniono TAK / NIE	Data uzupełnienia
1. kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub inne równoważne potwierdzające niepełnosprawność Wnioskodawcy i innych osób wspólnie zamieszkujących - oryginał wgł du			
2. aktualne za wiadczenie lekarza o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności, obecnym stanie zdrowia oraz informacje dotyczące tego w jakim stopniu ten stan utrudnia poruszanie się (czy osoba porusza się na wózku inwalidzkim, o kulach, przy balkoniku?) (za wiadczenie ważne 3 miesiące od daty wystawienia) - według załącznika nr 4			
3. udokumentowane prawo do lokalu lub budynku (akt własności, wieczyste użytkowanie, nominacja, umowa najmu, za wiadczenie o prawie do lokalu)- oryginał wgł du			
4. zgoda właściciela lokalu i budynku na wykonanie wnioskowanego zakresu prac			
5. dokumenty potwierdzające prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej (np. skrócony odpis aktu urodzenia, postanowienie sądu, pełnomocnictwo notarialne) . oryginał wgł du			
6. dowód osobisty Wnioskodawcy lub/i osoby występującej w jego imieniu (w przypadku osoby niepełnoletniej . dowód osobisty przedstawiciela ustawowego i skrócony odpis aktu urodzenia) - oryginał wgł du			
7. o wiadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych - według załącznika nr 2			
8. za wiadczenie z zakładu pracy potwierdzające zatrudnienie (w przypadku osób zatrudnionych)- według załącznika nr 3			
9. udokumentowanie posiadanych ewentualnych innych środków finansowania			

O wiadczeniach, o których mi znane następujące informacje:

1. o dofinansowanie mogą ubiegać się **wyłącznie osoby niepełnosprawne mające trudności w poruszaniu się** ;
2. dofinansowanie nie przysługuje osobom, które w ciągu 3 lat przed dniem złożenia wniosku były, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązały z przyczyn leżących po stronie tej osoby;
3. dofinansowanie nie przysługuje jeżeli osoba ubiegająca się o dofinansowanie ma zaległość wobec Funduszu,
4. **dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie;**
5. podstawą dofinansowania ze środków PFRON stanowi umowa zawarta pomiędzy Prezydentem Miasta Szczecin reprezentowanym przez Dyrektora MOPR a Wnioskodawcą ;

W przypadku, gdy MOPR poweźmie wątpliwość co do podanych we wniosku danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, wezwie Wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów. (Dz. U. 2013 r., poz. 1190)

O wiadczeniach, o których dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą .

.....
miejscowo i data

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

Suma uzyskanych punktów:

Osoby, które mogą ubiegać się o dofinansowanie:

A/ dzieci niepełnosprawne mające problemy w poruszaniu się i posiadające ważne orzeczenie o niepełnosprawności,

B/ dorosłe osoby niepełnosprawne mające problemy w poruszaniu się, posiadające ważne orzeczenie o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych lub inne równoważne.

W celu ubiegania się o dofinansowanie koniecznym jest, dodatkowo dołączenie przez Wnioskodawcę do Wniosku za wiadczenia z zakładu pracy potwierdzające zatrudnienie lub za wiadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej.

UWAGA!

1. Przyjęcie wniosku do realizacji nie jest jednoznaczne z dofinansowaniem zakresu wskazanego przez Wnioskodawcę.
 2. Zakres prac, który może zostać przyjęty do dofinansowania określony zostanie w protokole sporządzonym przez komisję w trakcie wizji lokalnej.
 3. **Kosztorys i projekt budowlany**, o ile będzie konieczny ze względu na rodzaj prac, wymagane są **dopiero po przeprowadzeniu wizji zgodnie z zakresem wskazanym w protokole.**
 4. Realizacja w/w zadania wymaga podpisania Umowy o dofinansowanie, w związku z powyższym Wnioskodawca nie może dokonać zakupu przed podpisaniem Umowy z MOPR.
 5. Dofinansowanie może wynosić do 95% kosztów wynikających z przedstawionego, zweryfikowanego przez MOPR kosztorysu, jednak nie więcej niż 15-krotnie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia.
 6. **w przypadku, gdy kwota realizacji będzie wyższa od przyjętej do dofinansowania, to MOPR dofinansuje zadanie tylko do kwoty określonej w umowie,**
 7. **jeśli wartość zadania będzie niższa od przyjętej do dofinansowania, to MOPR dofinansuje jego realizację maksymalnie do wysokości 95% jego faktycznej wartości,**
 8. Osoby niepełnosprawne prowadzące wspólne gospodarstwo domowe mogą ubiegać się o dofinansowanie do likwidacji barier poprzez złożenie tylko jednego wniosku,
 9. Złożone wnioski są oceniane wg skali punktowej. Do realizacji przyjmowane są najwyższe punktowane wnioski do wykorzystania puli środków finansowych na zadanie.
- Najwyższe punktowane są wnioski tych osób niepełnosprawnych, które:
- poruszają się na wózkach inwalidzkich i przedłożyły za wiadczenie lekarskie, które potwierdzi ten fakt, (w dalszej kolejności osoby niepełnosprawne ruchowo, szczególnie z niepełnosprawnościami sprzeczonymi z za wiadczenie lekarskie będzie ten stan potwierdzało),
 - zamieszkują we wspólnym gospodarstwie domowym z innymi osobami z orzeczoną niepełnosprawnością lub zamieszkują samotnie,
 - zadeklarują udział własny wyższy niż 5%, (za każde dodatkowe 5% deklarowanego udziału własnego ponad obowiązujące 5% dodawany jest 1pkt.),
 - nie korzystają dotychczas z dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych,
 - pracują lub są zarejestrowane w PUP jako osoby bezrobotne poszukujące pracy.

_____.

Podpis Wnioskodawcy lub osoby występującej w jej imieniu

Opinia Społecznej Komisji dotycząca zakwalifikowania wniosku do II etapu:

TAK

NIE

Protokół Społecznej Komisji z dnia _____.

Podpisy członków Komisji:

1. _____ . 2. _____ . 3. _____ . 4. _____ .

O WIADCZENIE O WYRAŹNIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Dane osobowe przekazane przez Wnioskodawcę będą przetwarzane dla celów związanych z udzielaniem dofinansowania do likwidacji barier **architektonicznych/ technicznych/ w komunikowaniu się**¹, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Wnioskodawca posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Podanie danych i wyrażenie zgody jest dobrowolne, jednak ich niepodanie i brak zgody na ich przetwarzanie skutkować będzie brakiem możliwości dofinansowania do likwidacji barier.

Niniejsze o wiadczenie składa pełnoletni Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie do likwidacji barier

lub osoba reprezentująca Wnioskodawcę.

Ja niniejszym podpisana/ny
.....

Imię i nazwisko

Zamieszkała/ły
.....

Miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania

Biorąc pod uwagę powyższe informacje o wiadczeniu, oświadczam, że:

(prosimy wstawić znak X+we właściwym polu)

wyrażam zgodę

nie wyrażam zgody

na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy)

.....
(imię i nazwisko dziecka / podopiecznego)

przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....
(Data i podpis osoby składającej o wiadczenie)

Załącznik nr 4 do formularza wniosku o dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych

¹ Niepotrzebne skreślić

.....

(pieczęć placówki)

ZA WIADCZENIE LEKARSKIE

wydane przez lekarza o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności

1. Dane osoby:

a) Imię i nazwisko.....

b) Data i miejsce urodzenia.....

c) Miejsce zamieszkania.....

2. Rodzaj niepełnosprawności:

- 05-R (narządy ruchu)
- 10-N (choroby neurologiczne)
- 12-C (całkowite zaburzenia rozwojowe)

Inne, jakie?:

- 01-U (upośledzenie umysłowe)
- 02-P (choroby psychiczne)
- 03-L (choroby laryngologiczne/ słuch)
- 04-O (narząd wzroku)
- 06-E (epilepsja)
- 07-S (choroby układu krążenia/ oddechowego)
- 08-T (choroby układu pokarmowego)
- 09-M (choroby układu moczowo- pęcherzowego)
- 11-I (inne, w tym m.in.: schorzenia endokrynologiczne, enzymatyczne, metaboliczne)

3. Osoba niepełnosprawna wymieniona w pkt 1 porusza się za pomocą :

wózka inwalidzkiego	<input type="checkbox"/>
balkonika	<input type="checkbox"/>
kul śluzkowych	<input type="checkbox"/>
laski	<input type="checkbox"/>

Inne: Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á

4. Osoba niepełnosprawna wymieniona w pkt. 1 ma trudności w poruszaniu się, polegające na:

.....
.....

5. Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez:

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

6. Uwagi uzupełniające i zalecenia dodatkowe:

õ õ

.....

.....
miejscowo i data

.....
pieczęć i podpis specjalisty