



.....
data wpływu wniosku

.....
nr wniosku

WNIOSEK

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

Dane dotyczące Wnioskodawcy (prosimy wypełnić drukowanymi literami)

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

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

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

I. Stopie niepełnosprawno ci Wnioskodawcy potwierdzony orzeczeniem:

(prosimy wstawi sX+we wja ciwej rubryce)

- Orzeczenie o niepełnosprawno ci osób do 16 roku ycia . od kiedy?*
- Znaczny - od kiedy?*
- Umiarkowany . od kiedy?*
- Lekki . od kiedy?*

*prosz wpisa od kiedy istnieje niepełnosprawno

II. Rodzaj niepełnosprawno ci Wnioskodawcy, potwierdzony za wiadczeniem lekarskim:

(prosimy wstawi sX+we wja ciwej rubryce)

- Dysfunkcja narz dów ruchu z konieczno ci poruszania si na wózku inwalidzkim, jaka?*
- Inna dysfunkcja narz dów ruchu, jaka ?**
- Dysfunkcja narz du wzroku, jaka ?**
- Dysfunkcja narz dów sychu i mowy, jaka? **
- Deficyt rozwoju / upo ledzenie umysłowe, jakie? **
- Niepełnosprawno z ogólnego stanu zdrowia lub inna nie wymieniona w pkt. 1-5, jaka?*

**prosz wpisa jaka dysfunkcja (np. czteroko czynowe pora enie, guchota, mózgowe pora enie, RZS, SM, zanik mi ni)

III. Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy:

(prosimy wstawi sX+we wja ciwej rubryce)

- Zatrudniony/ Prowadz cy działalno gospodarcz
- Mjǳcie od lat 18 do 24 ucz ca si w systemie szkolnym lub studiuj ca
- Zarejestrowany w Powiatowym Urz dzie Pracy jako bezrobotny lub/i poszukuj cy pracy
- Rencista/emeryt nie zainteresowany podj ciem pracy
- Nie dotyczy (dzieci i mjǳcie do lat 18)

IV. Sytuacja mieszkaniowa Ę Wnioskodawca zamieszkuje :

(prosimy wstawi sX+we wja ciwej rubryce)

- Samotnie
- Z jedn osob dorosł lub/i osobami do 16 r. .
- Z kilkoma osobami dorosłymi

V. Osoby wspólnie mieszkaj ce z Wnioskodawc oraz o wiadczenie o wysoko ci dochodów:

Stopie pokrewie stwa	Stopie niepełnosprawno ci (grupa)	Rodzaj niepełnosprawno ci	Przeci tny miesi czny dochód obliczony za kwartałpoprzedzaj cy m-c, w którym skądany jest wniosek
Wnioskodawca			

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

O wiadczam, e przeci tny miesi czny dochód, w rozumieniu przepisów o wiadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczb osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartałpoprzedzaj cy miesi c, w którym skądany jest wniosek, wynosijõ õ õ õ õ õ õ zj

VI. Korzystanie ze środków Funduszu do likwidacji barier (architektoniczne, techniczne, w komunikowaniu się):
(prosimy wstawić X+we wją ciwej rubryce)

	TAK	NIE
Czy wnioskodawca korzysta z dofinansowania do likwidacji barier?		
Jakich? (architektoniczne, techniczne, w komunikowaniu się -prosz wpisać wją ciwej)		
W którym roku?		
Czy był składany wniosek? Jeśli tak, to podaj rok, lata ..		

1. Korzystanie ze środków Funduszu na inne cele (np. turnus rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny)
(prosimy wstawić X+we wją ciwej rubryce)

	TAK	NIE
Czy wnioskodawca korzysta z dofinansowania?		
Czy wnioskodawca korzysta z dofinansowania na inne cele i rozliczy się?		
Czy wnioskodawca korzysta z dofinansowania i jest w trakcie rozliczania?		
Czy wnioskodawca korzysta z dofinansowania i nie rozliczy się?		
Do czego wnioskodawca otrzyma dofinansowanie (wymień)		

2. Informacje o korzystaniu ze środków Funduszu dotyczących programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą PFRON (np. Komputer dla Homera, Pegaz 2003, Sprawny Dojazd, Student, Aktywny Samorząd, itp.):
(prosimy wstawić X+we wją ciwej rubryce)

				TAK	NIE
Czy wnioskodawca korzysta z środków Funduszu?					
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Nazwa programu i obszar, rodzaj sprzętu	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	

3. Czy Wnioskodawca ma zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec Funduszu?
(wstaw X+we wją ciwej rubryce)

TAK NIE

4. Czy Wnioskodawca był stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiódł z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy?
(wstaw X+we wją ciwej rubryce)

TAK NIE

VII. Dane dotyczące przedmiotu dofinansowania:

1. Przedmiot dofinansowania (prosz wskazać jaki sprzęt ma być dofinansowany)

.....
.....

Nazwa załącznika	Wypełnia pracownik MOPR		
	Załączono	Uzupełniono	Data uzupełnienia
	TAK / NIE	TAK / NIE	
1. kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub inne równoważne potwierdzające niepełnosprawność Wnioskodawcy i innych osób wspólnie zamieszkujących- oryginał do wglądu			
2. aktualne zaświadczenie lekarza o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności, obecnym stanie zdrowia ze wskazaniem w jaki sposób przedmiot dofinansowania przyczyni się do likwidacji bariery technicznej. (Za zaświadczenie ważne 3 miesiące od daty wystawienia) - według załącznika nr 4			
3. dokumenty potwierdzające prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej (np. skrócony odpis aktu urodzenia, postanowienie sądu, pełnomocnictwo notarialne) . oryginał do wglądu			
4. dowód osobisty Wnioskodawcy lub/i osoby występującej w jego imieniu (w przypadku osoby niepełnoletniej . dowód osobisty przedstawiciela ustawowego i skrócony odpis aktu urodzenia)- oryginał do wglądu			
5. o zaświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych - według załącznika nr 2			
6. informacja ze sklepu dotycząca wnioskowanego sprzętu ze wskazaniem marki i modelu/nr katalogowego, jego ceny brutto oraz ewentualnego czasu oczekiwania na realizację (faktura Pro Forma, oferta cenowa)			

O wiadczeniach, o których mi znane następujące informacje:

1. o dofinansowanie likwidacji barier technicznych mogą ubiegać się wyłącznie osoby niepełnosprawne stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności;
2. 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;
3. dofinansowanie nie przysługuje jeżeli osoba ubiegająca się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu,
4. **dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie;**
5. podstawą dofinansowania 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)

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

.....
miejsce i data

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

Osoby, które mogą ubiegać się o dofinansowanie:

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

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

W celu ubiegania się o dofinansowanie koniecznym jest dołączenie przez Wnioskodawcę do Wniosku za wiadczenia od lekarza specjalisty adekwatnego do rodzaju niepełnosprawności, potwierdzającego rodzaj schorzenia oraz fakt, że dany sprzęt zlikwiduje istniejące bariery techniczne wynikające z niepełnosprawności.

Podpis Wnioskodawcy lub osoby występującej w jej imieniu

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU 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 oświadczenie składa pełnoletni Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie do likwidacji barier lub osoba reprezentująca Wnioskodawcę.

Ja niżej podpisana/ny

Imię i nazwisko

Zamieszkają/ją

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

Biorąc pod uwagę powyższe informacje oświadczam, że:

(prosimy wstawić 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.).

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

.....

(Data i podpis osoby składającej oświadczenie)

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-płciowego)
- 11-I** (inne, w tym m.in.: schorzenia endokrynologiczne, enzymatyczne, metaboliczne)

3. Osoba niepełnosprawna wymieniona w pkt 1 ma trudności w funkcjonowaniu w otoczeniu, polegające na:

.....
.....

4. Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez korzystanie z następujących urządzeń i sprzętów:

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

5. Posiadanie w/w urządzenia, sprzętu wpłynie na likwidację lub ograniczenie barier technicznych w funkcjonowaniu ww. osoby w następujący sposób:

.....
.....

4. Uwagi uzupełniające i zalecenia dodatkowe:

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

.....
miejscowo i data

.....
pieczęć i podpis specjalisty