

WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej**

1. Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

.....
imię i nazwisko

PESEL..... data urodzenia

dowód osobisty seria..... nr..... wydany w dniu.....

przez

ulicanr domu nr lokalu.....

nr kodu..... miejscowość

województwo nr tel./ faksu z nr kier.....

2.Przedmiot dofinansowania likwidacji barier architektonicznych.

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

3. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

	Stopień pokrewieństwa	dochód miesięczny
1.	Wnioskodawca	
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

4. Nazwa banku i numer rachunku bankowego

.....

5. Miejsce realizacji zadania i cel likwidacji barier architektonicznych.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Przewidywany koszt realizacji zadania.

Cyframi:

Słownie:

7. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....

8. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania.

.....

.....

.....

.....

.....

9. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania.

.....

.....

10. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków Funduszu z określeniem menu zawartej umowy, celu i daty przyznania dofinansowania oraz stanu rozliczenia.

L.p	Numer umowy	Kwota przyznanego dofinansowania	Cel przyznanego dofinansowania	Data przyznania dofinansowania	Stan rozliczenia dofinansowania
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

11. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu /do 80%/.

Cyframi:

Słownie:

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

.....
imię (imiona i nazwisko)

PESEL data urodzenia

dowód osobisty seria nr wydany w dniu

przez

nr kodu miejscowość

ulica nr domunr lokalu

województwo nr telefonu/faksu z nr kier

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt*/ na mocy pełnomocnictwa

potwierzonego przez Notariusza

z dn. repet nr)

Załączniki do wniosku:

1. Aktualne zaświadczenie lekarskie wg wzoru,
2. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (oryginał do wglądu),
3. Kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z wnioskodawcą (oryginał do wglądu),
4. Aktualne zaświadczenia o zameldowaniu,
5. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (akt własności, umowa najmu, itp.) - kopia (oryginały do wglądu) oraz w przypadku kiedy wnioskodawca nie jest właścicielem nieruchomości lub użytkownikiem wieczystym nieruchomości zgoda pisemna właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego,
6. W przypadku kiedy wniosek składany jest przez pełnomocnika, opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego, przyjęcie kopii postanowienia Sądu Rejonowego lub pełnomocnictwa potwierzonego przez Notariusza (oryginały do wglądu),
7. W przypadku kiedy wnioskodawca nie może podpisać wniosku (w Dowodzie Osobistym stosowna adnotacja) przyjęcie kopii Dowodu Osobistego (oryginały do wglądu),
8. W przypadku, kiedy osoba niepełnosprawna składająca wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON nie może podpisać się na wniosku (lecz mogąca czytać), wtedy należy dołączyć do wniosku:
 - a. kopię dowodu osobistego Wnioskodawcy (oryginał do wglądu),
 - b. odcisk atramentowy palca Wnioskodawcy stawianego w miejscu podpisu,
 - c. czytelny podpis pod odciskiem Wnioskodawcy, złożony przez osobę, która potwierdza że jest to odcisk Wnioskodawcy.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizji lokalnej przez pracowników Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Wałbrzychu w moim miejscu zamieszkania, sporządzenie protokołu uzgodnień oraz przeprowadzenia niezbędnych kontroli w ramach realizacji wniosku i umowy.

OŚWIADCZENIE

Zapoznałem się z informacją dotyczącą zbierania i przetwarzania danych osobowych moich i członków mojej rodziny, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym. Oświadczam, że wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych moich i członków mojej rodziny, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym w zakresie pozyskiwania pomocy pieniężnej, należnej zgodnie z ustawą o pomocy społecznej i zasadami dofinansowania rehabilitacji społecznej

ze środków PFRON. Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88 poz. 553) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

INFORMACJA

Na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr. 97 z 1997 r. art. 24,32,35) informuję Pana/nią, że administrator danych osobowych w Miejskim Ośrodku Pomocy społecznej zbiera i przetwarza dane osobowe Pana/i i członków jego/jej rodziny, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, w zakresie pozyskania informacji, że przysługuje Panu/i prawo wglądu do zbieranych danych osobowych oraz uzupełniania uaktualniania czy sprostowania, jeżeli dane te są niekompletne, nieaktualne lub nieprawdziwe. Jednocześnie informuję, że administrator danych osobowych w Miejskim Ośrodku Pomocy społecznej – Dyrektor dołoży wszelkich starań, aby dane były zbierane, przetwarzane i chronione zgodnie z prawem.

Wałbrzych dnia

.....
Podpis osoby niepełnosprawnej

.....
podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....
(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb MOPS- w związku z ubieganiem się
o likwidację barier architektonicznych

Imię i nazwisko.....

zamieszkała (y).....

PESEL.....

1. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy/**szczegółowy opis**:/

2.

narząd ruchu, w zakresie.....

brak obu kończyn górnych

znaczny niedowład obu kończyn górnych

jednoczesnej dysfunkcji kończyny dolnej i górnej

jednoczesnej dysfunkcji co najmniej jednej kończyny górnej i kończyn dolnych

jednoczesnej dysfunkcji kończyn dolnych i górnych

dysfunkcja narządu wzroku (osoba niewidoma, osoba niedowidząca)*

inne schorzenia.....

3. Używane na co dzień zaopatrzenie ortopedyczne:

wózek inwalidzki

balkonik

kule

inne specjalistyczne oprzyrządowanie.....

UWAGI:

.....

.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

Podstawa prawna:

Zgodnie z § 6 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U, Nr 96, poz 861 oraz z 2003r. Nr 100, poz 930).

„ o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych ze środków Funduszu mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, **które mają trudności w poruszaniu się.....** jeżeli ich realizacja umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem”.