**Data wpływu:** Załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 42 /2022

Dyrektora MOPR w Słupsku z dnia 25 maja 2022 r

**Nr sprawy:**

# WNIOSEK o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

## Część A – DANE WNIOSKODAWCY

### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** | **□** mężczyzna **□**  kobieta |

#### ADRES ZAMIESZKANIA

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

#### ADRES KORESPONDENCYJNY

**□** Taki sam jak adres zamieszkania

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |

### DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Imię:** |  |
| **Drugie imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Płeć:** | **□** mężczyzna **□** kobieta |

#### ADRES ZAMIESZKANIA

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Województwo:** |  |
| **Powiat:** |  |
| **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  |
| **Nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy:** |  |
| **Poczta:** |  |
| **Nr telefonu:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** | **□** tak  **□**  nie |
| **Stopień niepełnosprawności:** | **□** Znaczny  **□** Umiarkowany  **□** Lekki  **□** Nie dotyczy |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | **□**  bezterminowo  **□**  okresowo – do dnia: |
| **Numer orzeczenia:** |  |
| **Grupa inwalidzka:** | **□** I grupa  **□** II grupa  **□** III grupa  **□** nie dotyczy |
| **Niezdolność:** | **□** Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji  **□** Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny  **□**  Osoby całkowicie niezdolne do pracy  **□** Osoby częściowo niezdolne do pracy  **□**  Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym  **□** Nie dotyczy |
| **Rodzaj niepełnosprawności:** | **□** 01-U – upośledzenie umysłowe  **□**  02-P – choroby psychiczne  **□** 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu  **□** osoba głucha  **□** osoba głuchoniema  **□** 04-O – narząd wzroku  **□**  osoba niewidoma  **□** osoba głuchoniewidoma  **□** 05-R – narząd ruchu  **□** wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego  **□** dysfunkcja obu kończyn górnych  **□** 06-E – epilepsja  **□** 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia  **□** 08-T – choroby układu pokarmowego  **□** 09-M – choroby układu moczowo-płciowego  **□** 10-N – choroby neurologiczne  **□** 11-I – inne  **□** 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe |
| **Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:** | **□** tak **□**  nie |
| **Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):** | **□** 2 przyczyny  **□**  3 przyczyny |

### ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

**□**  indywidualne **□** wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:**

### KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:**

**□** nie korzystałem

**□** korzystałem

### CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cel dofinansowania | Nr umowy | Data zawarcia umowy | Kwota dofinansowania | Stan rozliczenia |
|  |  |  |  |  |

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### PRZEDMIOT WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:** |  |
| **Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):** |  |
| Słownie: |  |
| **Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:** |  |
| Słownie: |  |
| **co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:** |  |
| **Deklarowane środki własne:** |  |
| **Inne źródła finansowania:** |  |
| **Cel dofinansowania:** |  |

### WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:** |  |
| **Jak posiadane schorzenia będące przyczyną niepełnosprawności upośledzają wykonywanie codziennych podstawowych czynności i kontaktów z otoczeniem ? Jak planowane przedsięwzięcie przyczyni się do likwidacji barier technicznych ?** |  |

### OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

### FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

**□** Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Właściciel konta (imię i nazwisko):** |  |
| **Nazwa banku:** |  |
| **Nr rachunku bankowego:** |  |

**□** Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

## Część C – Dane dodatkowe

### SYTUACJA ZAWODOWA

**□** Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą

**□** Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca

**□** Bezrobotny poszukujący pracy

**□** Rencista poszukujący pracy

**□** Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy

**□** Dzieci i młodzież do lat 18

**□** Inne / jakie?

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił: ……………………….. zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: …………………………..zł

**W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.**

**Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości co najmniej 5% wartości kosztu zakupu niezbędnego do likwidacji barier w komunikowaniu się.  
Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że wkład własny może ulec zwiększeniu, w zależności od posiadanych i przyznanych przez MOPR środków finansowych.

Ja niżej podpisana, oświadczam, iż zostałam poinformowana, że:  
1. Administratorem przekazanych danych osobowych jest Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku z siedzibą przy ul. Słonecznej 15D, 76-200 Słupsk.  
2. Inspektorem Ochrony Danych jest Edyta Zubka, z którą można kontaktować się e-mailowo: e.zubka@mopr.slupsk.pl  
3. Administrator danych przetwarza dane osobowe w celu realizacji obowiązków wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511, z późn. zm.), w tym Programu „Aktywny Samorząd”.  
4. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).  
5. Podanie danych w momencie złożenia wniosku jest wymogiem ustawowym i osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania. Odmowa podania danych osobowych skutkować będzie odmową rozpatrzenia sprawy.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|  |  |  |

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Plik** |
|  |  |

### UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Plik** |
|  |  |

### LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

|  |
| --- |
| **Lista** |
| 1. Zaświadczenie wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku   w celu ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych 2. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (oryginał do wglądu) 3. Kopia dokumentu uprawniającego do działania w imieniu wnioskodawcy (oryginał do wglądu) w przypadku: osoby małoletniej – odpis aktu urodzenia osoby ubezwłasnowolnionej – zaświadczenie z sądu osoby reprezentowanej przez pełnomocnika – akt notarialny 4. Oferta cenowa od sprzedawcy na zakup sprzętu |