

WNIOSEK DOTYCZY WYŁĄCZNIE MIESZKAŃCÓW MIASTA SŁUPSKA

MIEJSKI OŚRODEK POMOCY RODZINIE

76-200 Słupsk, ul. Słoneczna 15 d

tel. 59-814-28-72 / 59-814-28-71

.....  
data wpływu kompletnego wniosku

W N I O S E K

o dofinansowanie zakupu urządzeń lub wykonanie usług z zakresu likwidacji barier architektonicznych\*, w komunikowaniu się\* i technicznych\* ze środków PFRON.

( \*niepotrzebne skreślić )

*Uwaga! Przed wypełnieniem wniosku proszę zapoznać się z zasadami i procedurami udzielania dofinansowania ze środków PFRON na likwidację barier.*

**ZŁOŻENIE WNIOSKU NIE GWARANTUJE OTRZYMANIA DOFINANSOWANIA.**

**I. Dane dotyczące Wnioskodawcy ( wypełnić drukowanymi literami )**

IMIE ..... NAZWISKO .....	
PESEL .....	
Dowód osobisty seria ..... numer .....	
Wydany przez: .....	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) – pobyt stały	ADRES ZAMELDOWANIA – jeśli inny niż adres zamieszkania
Kod pocztowy __ - ___ ..... poczta	Kod pocztowy __ - ___ ..... poczta
Miejscowość .....	Miejscowość .....
Ulica .....	Ulica .....
Nr domu ..... nr lokalu .....	Nr domu ..... nr lokalu .....
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)	Kontakt telefoniczny: nr tel. ....

**II. Stopień niepełnosprawności** <sup>(1)</sup>

1. znaczny ( inwalidzi I grupy / osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji )	
2. umiarkowany ( inwalidzi II grupy / osoby całkowicie niezdolne do pracy )	
3. lekki ( inwalidzi III grupy / osoby częściowo niezdolne do pracy )	
4. osoby w wieku do lat 16	
5. osoby o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 01.01.1998	

**III. Rodzaj niepełnosprawności** <sup>(1)</sup>

1. dysfunkcja narządu ruchu ( wózek inwalidzki* / brak dłoni lub rąk* )	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
5. choroby neurologiczne	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
7. inne niewymienione w punktach 1-6 Jakie:.....	

**IV. Sytuacja zawodowa** <sup>(1)</sup>

1. osoba zatrudniona	
2. osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
3. osoba bezrobotna/ poszukujący pracy (Rejestracja PUP)	
4. rencista / emeryt	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

<sup>(1)</sup> wstawić X we właściwym miejscu

\* niepotrzebne skreślić

**V. Korzystanie ze środków finansowych PFRON w okresie ostatnich 3 lat**

Nr i data zawarcia umowy	Przyznana kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozlicz. ( Kwota do zwrotu )

**VI. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą**  
( w tym osoby niepełnosprawne )

Stopień pokrewieństwa	niepełnosprawność stopień	niepełnosprawność rodzaj	Sytuacja zawodowa
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

**VII. Osoby nie pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą - zamieszkałe w mieszkaniu Wnioskodawcy** ( w tym osoby niepełnosprawne )

Stopień pokrewieństwa	niepełnosprawność stopień	niepełnosprawność rodzaj	Sytuacja zawodowa
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

**VIII. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania** (wypełnić w przypadku likwidacji barier architektonicznych)

1. Dom jednorodzinny\*, wielorodzinny prywatny\*, wielorodzinny komunalny\*, wielorodzinny spółdzielczy\*.
2. Inne\*.....
3. Budynek parterowy\*, piętrowy\*, mieszkanie na ..... (proszę podać kondygnację)
4. Przybliżony wiek budynku lub rok budowy .....
5. Opis mieszkania: pokoje ..... (podać liczbę), z kuchnią\*, bez kuchni\*, z łazienką\*, bez łazienki\*, z WC\*, bez WC\*
6. Łazienka jest wyposażona w: wannę\*, brodzik\*, kabinę prysznicową\*, umywalkę\*
7. W mieszkaniu jest : instalacja wody zimnej\*, ciepłej\*, kanalizacja\*, centralne ogrzewanie\*, prąd\*, gaz\*
8. Inne informacje o warunkach mieszkaniowych .....
- .....
- .....



**Wymagane załączniki do wniosku:**

1. Kopia dokumentów potwierdzających niepełnosprawność (**oryginał do wglądu**).
2. Udokumentowana podstawa prawna do zamieszkania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier: umowa najmu lub aktualny odpis z księgi wieczystej (**wniosek na likwidację barier architektonicznych**).
3. Zgoda właściciela lokalu lub budynku, w którym ma nastąpić likwidacja barier (**wniosek na likwidację barier architektonicznych**).
4. Szczegółowy kosztorys ofertowy z przedmiarem robót i obmiarami, dotyczący likwidacji barier architektonicznych i zakresu robót określonego we wniosku, sporządzony przez osobę ze stosownymi w tym zakresie uprawnieniami wraz ze szkicem pomieszczenia, w którym ma nastąpić likwidacja bariery – stan aktualny i stan po zmianach (**wniosek na likwidację barier architektonicznych**).
5. Oferta cenowa od sprzedawcy (dotyczy zakupu sprzętu w ramach likwidacji barier technicznych oraz w komunikowaniu się w przypadku sprzętu specjalistycznego).

**Uwaga:**

1. O dofinansowanie na likwidację barier w komunikowaniu się i technicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli jest to uwarunkowane potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.
2. O dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które mają znaczące trudności w poruszaniu się.
4. Podstawę dofinansowania stanowi umowa zawarta pomiędzy Wnioskodawcą i Miejskim Ośrodkiem Pomocy Rodzinie w Słupsku.

**Wykonane prace lub dokonane zakupy przed podpisaniem umowy nie mogą zostać dofinansowane.**

## Oświadczenie o dochodach

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym	
<b>Miesięczny dochód całej mojej rodziny obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek</b>	
<b>Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego</b>	

**I.** Przez przeciętny miesięczny dochód Wnioskodawcy należy rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1952), obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2016 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 22 września 2017 r. - M.P. 2017, poz. 884), według wzoru:  $[2.577 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów}] / 12 / \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$ .

**II.** Oświadczam, że podane we wniosku informacje są zgodne z prawdą, przyjmuję do wiadomości, że stwierdzenie niezgodności eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania, jest też podstawą do roszczenia zwrotu środków.

**III.** Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz realizatora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku.

.....  
data

.....  
(podpis osoby składającej oświadczenie)

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**  
o posiadaniu środków finansowych na wkład własny

Dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku  
*W celu realizacji art. 9 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji  
zawodowej i społecznej oraz o zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*  
( Tekst jednolity: Dz. U z 2011 r, Nr 127, poz. 721 z późn. zm. )

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

.....  
( miejscowość, data )

.....  
( podpis wnioskodawcy )

## Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

### *Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych*

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.
6. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres wynikający z przepisów określonych w pkt 3 oraz z obowiązku ich archiwizowania.
7. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, posiadają prawo dostępu do danych osobowych dotyczących ich osoby, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
8. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
9. Dane osobowe, które są przetwarzane w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Słupsku nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

.....  
Imię i nazwisko, data

**Zaświadczenie lekarskie**  
**Wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku**

Imię i nazwisko pacjenta .....

Pesel .....

**1. Rodzaj niepełnosprawności** (jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu):

.....  
Przyczyna niepełnosprawności ( proszę zakreślić właściwe pole ):

<input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe, <input type="checkbox"/> choroby psychiczne, <input type="checkbox"/> zaburzenia głosu, mowy, <input type="checkbox"/> choroby słuchu; osoba głucha: TAK / NIE* <input type="checkbox"/> choroby narządu wzroku, <input type="checkbox"/> osoba niedowidząca, <input type="checkbox"/> osoba niewidoma,  <input type="checkbox"/> choroby narządu ruchu i/lub neurologiczne, <input type="checkbox"/> <u>samodzielnie</u> porusza się na wózku inwalidzkim; ręcznym / elektrycznym*, <input type="checkbox"/> osoba leżąca, <input type="checkbox"/> poruszanie się przy pomocy sprzętu ortopedycznego; jakiego:....., <input type="checkbox"/> poruszanie się samodzielnie, bez wsparcia,	<input type="checkbox"/> epilepsja, <input type="checkbox"/> choroby układu oddechowego i krążenia, <input type="checkbox"/> choroby układu pokarmowego, <input type="checkbox"/> choroby układu moczowo – płciowego, <input type="checkbox"/> inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego, <input type="checkbox"/> całościowe zaburzenia rozwojowe.
--	--

1. Opis ograniczeń wynikających z niepełnosprawności, uniemożliwiających lub znacznie utrudniających wykonywanie codziennych podstawowych czynności życiowych (**bariery architektoniczne i techniczne**):.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Czy występują bariery w komunikowaniu się z otoczeniem** TAK / NIE\* jeżeli tak proszę opisać dane ograniczenia.....  
.....  
.....  
.....  
.....

\* Zaznaczyć właściwe

.....  
Data, pieczęć i podpis lekarza