Załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 37/2022

Dyrektora MOPR w Słupsku

z dnia 29 kwietnia 2022 r.

**Data wpływu:**

**Nr sprawy:**

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

\***właściwe zaznaczyć**

## 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 I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

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

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY

|  |  |
| --- | --- |
| 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%):** |  |
| **Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:** |  |
| **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:** |  |
| **Miejsce realizacji zadania:** |  |
| **Numer księgi wieczystej nieruchomości/ lokalu w którym ma nastąpić likwidacja bariery** |  |
| **Wskazanie problemów z poruszaniem się/ w jaki sposób choroby będące przyczyną niepełnosprawności upośledzają wykonywanie podstawowych czynności:** |  |

### 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\* **□** przelew na konto osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę\*:

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

### OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pola | Wartość |
| **Budynek:** | **□** dom jednorodzinny\*  **□** wielorodzinny prywatny\*  **□** wielorodzinny komunalny\*  **□** wielorodzinny spółdzielczy\* |
| **Ilość pięter:** | **□** budynek parterowy\*  **□** piętrowy\*  **□** mieszkanie na piętrze\*  (numer piętra): |
| **Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:** |  |
| **Liczba pokoi:** | ……………………….  **□** + kuchnia\*  **□** + łazienka\*  **□** + wc\* |
| **Łazienka jest wyposażona w:** | **□** wannę\*  **□** brodzik\*  **□** kabinę prysznicową\*  **□** umywalkę\* |
| **W mieszkaniu jest:** | **□** instalacja wody zimnej\* **□**ciepłej\*  **□** kanalizacja\*  **□** centralne ogrzewanie\*  **□** prąd\*  **□** gaz\* |
| **Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:** |  |
| **Imiona i nazwiska wszystkich współwłaścicieli budynku/lokalu w którym ma nastąpić likwidacja bariery architektonicznej** |  |
| **Wnioskodawca zamieszkuje:** | **□** samodzielnie\*  **□** z rodziną\*  **□** z osobami niespokrewnionymi\* |

### SYTUACJA ZAWODOWA

**□** Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą ( wskazać wymiar etatu)\*

**□** 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 / umowy cywilnoprawne / jakie?\*

### OŚWIADCZENIA

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.

|  |
| --- |
| *Data i podpis Wnioskodawcy( osób uprawnionych do reprezentacji)* |
|  |

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

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.

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

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

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

### LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

|  |
| --- |
| **Lista**  1.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  2.Zaświadczenie lekarskie wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku,  3.Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (oryginał do wglądu)  4.Aktualny wydruk z księgi wieczystej nieruchomości/ akt notarialny nieruchomości  5.Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania np. przez fundację, stowarzyszenie itp.  6.Zgoda właściciela lub wszystkich współwłaścicieli budynku lub lokalu na przeprowadzenie robót związanych z likwidacją barier architektonicznych  7.Aktualny dokument potwierdzający stałe zameldowanie wnioskodawcy  8.Rysunek techniczny pomieszczenia z uwzględnieniem rozwiązań proponowanych we wniosku i kosztorysie (z obmiarami, zaznaczeniem wymiarów poszczególnych urządzeń i uchwytów oraz zaznaczeniem odległości pomiędzy urządzeniami higienicznosanitarnymi i uchwytami) sporządzony przez osobę ze stosownymi w tym zakresie uprawnieniami, a w koniecznych przypadkach – projekt techniczny  9.Szczegółowy kosztorys ofertowy (z przedmiarem robót i obmiarami) dotyczący likwidacji barier architektonicznych i zakresu robót określonego we wniosku, podpisany przez osobę sporządzającą  10.opcjonalnie: inne dokumenty, z których wynika trudność w poruszaniu się. |