XIII. Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik:
(proszę wypełnić drukowanymi literami)

_____ syn, córka _____
imię (imiona) i nazwisko *imię ojca*

seria ____ nr _____ wydany w dniu _____ przez _____
(dowód osobisty)

nr PESEL _____ nr telef/faksu _____

_____ _____ _____ _____ _____
kod pocztowy *miejscowość* *ulica* *nr posesji* *nr mieszkania*

Ustanowiony opiekunem lub pełnomocnikiem(*)
- (postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. ..... sygn. akt.....
- na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dn. ..... repet. nr.....

XIV.- Niezbędne załączniki do wniosku:
(1) Kopia orzeczenia (oryginał do wglądu), o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dn. 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.)
(2) Kopia orzeczeń (oryginał do wglądu) o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
(3) Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju dysfunkcji i sposobie poruszania się (na wózku inwalidzkim samodzielnie lub przy pomocy osób trzecich, o kulach, przy balkoniku, samodzielnie, osoba leżąca).
(4) Kopia (oryginał do wglądu) udokumentowanej podstawy prawnej zamieszkania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (akt własności, umowa najmu, wypis z księgi wieczystej).
(5) Zaświadczenie* / oświadczenie* o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą.
(6) Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy lub okazanie aktualnego dokumentu.
(7) Zaświadczenie z zakładu pracy potwierdzające zatrudnienie w przypadku osoby pracującej.
(8) Zaświadczenie ze szkoły lub uczelni potwierdzające naukę w przypadku osoby uczącej się lub okazanie aktualnej legitymacji szkolnej lub indeksu.
(9) Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania.
(10) Faktura pro-forma lub oferta cenowa od sprzedawcy (dotyczy zakupu sprzętu).
(11) Zgoda współwłaściciela/li lokalu

Uwaga:
- **Osoby załatwiające sprawy w imieniu wnioskodawcy, zwłaszcza składające w jego imieniu dokumenty i oświadczenia, muszą legitymować się stosownym upoważnieniem oraz posiadać dowód osobisty wnioskodawcy oraz swój.**
- **W przypadku dziecka należy złożyć akt urodzenia (oryginał do wglądu) z potwierdzonym adresem zameldowania oraz dowód osobisty przedstawiciela ustawowego**

- O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
- Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 k.k. oświadczam, że informacje zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

.....
podpis Wnioskodawcy,(*) przedstawiciela ustawowego,(*)
opiekuna prawnego,(*) pełnomocnika(*)

Uwaga: Osoba niepełnosprawna może złożyć wniosek z kompletem załączników w każdym czasie

- (*)- niepotrzebne skreślić
- w przypadku braku miejsca na szczegółowy opis proszę załączyć załącznik.

Art., 297 § 1. Kto w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego, od banku lub jednostki organizacyjnej prowadzącej podobną działalność gospodarczą na podstawie ustawy albo od organu lub instytucji dysponujących środkami publicznymi - kredytu, pożyczki pieniężnej, poręczenia, gwarancji, akredytywy, dotacji, subwencji, potwierdzenia przez bank zobowiązania wynikającego z poręczenia lub z gwarancji lub podobnego świadczenia pieniężnego na określony cel gospodarczy, instrumentu płatniczego lub zamówienia publicznego, przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wymienionego wsparcia finansowego, instrumentu płatniczego lub zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.
§ 2 tej samej karze podlega, kto wbrew ciążącemu obowiązkowi nie powiadamia właściwego podmiotu o powstaniu sytuacji mogącej mieć wpływ na wstrzymanie lub ograniczenie wysokości udzielonego wsparcia finansowego, określonego w §1, lub zamówienia publicznego albo na możliwość dalszego korzystania z instrumentu płatniczego .
§ 3 Nie podlega karze, kto przed wszczęciem postępowania karnego dobrowolnie zapobiegł wykorzystaniu wsparcia finansowego lub instrumentu płatniczego, określonych w § 1, zrezygnował z dotacji lub zamówienia publicznego albo zaspokoił roszczenia pokrzywdzonego.

Jesteśmy po to, by pomagać
MOPS Łódź

Miasto Łódź, Piotrkowska 104, 90-926 Łódź
NIP 725 00 28 902
MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W ŁODZI
Zespół ds. Rehabilitacji Społecznej
Osób Niepełnosprawnych
90-012 Łódź, ul. Kilińskiego 102/102a
tel. 42 685 43 55, fax 42 632 41 30

Nr kolejny wniosku

Ilość punktów

WNIOSEK

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

A. Dane dotyczące Wnioskodawcy *(proszę wypełnić drukowanymi literami):*

_____ syn, córka _____
imię (imiona) i nazwisko *imię ojca*

seria ____ nr _____ wydany w dniu _____ przez _____
(dowód osobisty)

nr PESEL _____ nazwa banku i nr rachunku bankowego _____

_____

☐☐-☐☐☐ _____ _____ _____ _____
kod pocztowy *miejscowość* *ulica* *nr posesji* *nr mieszkania nr bloku*

_____
nr telefonu / faksu

I.A. Stopień niepełnosprawności (1)

1. znaczny	
• inwalidzi I grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
• osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany	
• inwalidzi II grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy	
inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki.	
• pozostali inwalidzi III grupy	
• osoby częściowo niezdolne do pracy	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

I.B. Rodzaj niepełnosprawności (1)

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk.	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu.	
3. dysfunkcja narządu wzroku.	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy.	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
(uwzględnić stopień i rodzaj niepełnosprawności – zgodnie z załącznikiem nr. 2 zasad, *wypełnia pracownik MOPS)* punktacja	

II. Sytuacja zawodowa [1]

1. zatrudniony* (prowadzący działalność gospodarczą)*		
2. osoba w wieku od lat 18 do 24	(ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca)*	
3. bezrobotny poszukujący pracy*	(rencista poszukujący pracy)*	
4. rencista, (emeryt)*, (nie zainteresowany	podjęciem pracy)	
5. dzieci i młodzież do lat 18		
	(wypełnia pracownik MOPS) punktacja	

III.A. Sytuacja mieszkaniowa -- warunki mieszkaniowe *(wypełnia pracownik MOPS)*

1. złe	
2. przeciętne	
3. dobre	
4. bardzo dobre	
punktacja	

III.B. Sytuacja mieszkaniowa - opis budynku i mieszkania[*]

1. dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy.
2. inne.....
3. .budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na .....piętrze.,
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 .....

.....

.....

.....

III.C. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje [1]

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami nie spokrewnionymi	
(wypełnia pracownik MOPS) punktacja	

III.D. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawca (w tym osoby niepełnosprawne)

Imię i nazwisko	pokrewieństwo	Niepełnosprawność	
		stopień [2]	rodzaj[3]
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

Łączna punktacja za stopień i rodzaj niepełnosprawności osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym. *(wypełnia pracownik MOPS)* punktacja	

(1) *proszę wstawić (x) we właściwej rubryce*
(2) *proszę wstawić właściwe oznaczenia cyfrowe z tablicy I.A.*
(3) *proszę wstawić właściwe oznaczenia cyfrowe z tablicy I.B.*
(*) *niepotrzebne skreślić*

IV. Średni dochód miesięczny (netto) na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy za 20.....r.
(wypełnia pracownik MOPS)

1. dochód nie przekracza	dla osoby samotnie gospodarującej		
	dla osoby w rodzinie		
2. 1200,00 zł			
3. powyżej 1200,00 zł			
	(wypełnia pracownik MOPS) punktacja		

V. Punktacja za korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

(wypełnia pracownik MOPS) punktacja	

VI. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy lub sponsora (1)

5%

1. deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania–ponad obowiązkowe	%
2. deklarowany i udokumentowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	%
(wypełnia pracownik MOPS) punktacja	

VII. Miejsce i cel likwidacji barier architektonicznych :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VIII. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt
(w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IX. Łączna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę.....złotych
(słownie: .....zł)

X. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

od...../.....20.....r do...../.....20.....r

XI. Przewidywany koszt realizacji zadania.....złotych
(słownie: .....zł)

XII. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania .....złotych
(słownie: .....zł)

(1) - proszę wstawić (x) we właściwej rubryce