

**Zarządzenie Nr 26 /2019**  
**Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łodzi**  
**z dnia 23 kwietnia 2019 r.**

**zmieniające zarządzenie w sprawie wprowadzenia „Regulaminu udzielania osobom niepełnosprawnym dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na likwidację barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej”.**

Na podstawie § 4 ust. 4 regulaminu organizacyjnego Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łodzi, stanowiącego załącznik do zarządzenia Nr 5972/VI/14 Prezydenta Miasta Łodzi z dnia 27 marca 2014 r. w sprawie nadania regulaminu organizacyjnego Miejskiemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Łodzi, zmienionego zarządzeniami Prezydenta Miasta Łodzi: Nr 1479/VII/15 z dnia 15 lipca 2015 r., Nr 7297/VII/17 z dnia 28 listopada 2017 r., Nr 7548/VII/17 z dnia 21 grudnia 2017 r., Nr 8269/VII/18 z dnia 24 kwietnia 2018 r. i Nr 560/VIII/19 z dnia 14 lutego 2019 r. w związku z art. 35a ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511, 1000, 1076, 1925, 2192, 2354)

**zarządzam, co następuje:**

**§ 1.**

W „Regulaminie udzielania osobom niepełnosprawnym dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na likwidację barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej”, stanowiącym załącznik do zarządzenia Nr 15/2018 Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łodzi z dnia 1 marca 2018 r. w sprawie wprowadzenia „Regulaminu udzielania osobom niepełnosprawnym dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na likwidację barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej”, załącznik Nr 2 otrzymuje brzmienie jak w załączniku do niniejszego zarządzenia.

**§ 2.**

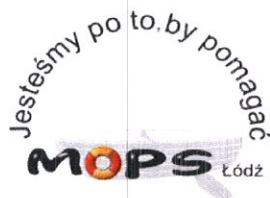
Zarządzenie wchodzi w życie z dniem wydania.

**Dyrektor**  
**Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej**  
**w Łodzi**

  
**Andrzej Kaczorowski**

Załącznik  
do zarządzenia Nr 26/2019  
Dyrektora MOPS w Łodzi  
z dnia 29 kwietnia 2019 r.

Załącznik Nr 2 do regulaminu



**MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ  
W ŁODZI**

Zespół ds. Rehabilitacji Społecznej  
Osób Niepełnosprawnych  
90-012 Łódź, ul. Kilińskiego 102/102A  
NIP 725-00-28-902  
tel. 42 685-43-55; fax 42 632-41-30

Data .....
nr wniosku .....

--

ilość punktów

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

*(Proszę wypełnić drukowanymi literami)*

**I: Dane dotyczące Wnioskodawcy.**

1. Imię i nazwisko .....
- Adres zamieszkania KOD.....ul.....nr bl.....
- Telefon:..... PESEL: .....
- Numer rachunku bankowego .....
- Dane właściciela rachunku bankowego .....

**I. Stopień niepełnosprawności**

<b>1. znaczny</b>	
• inwalidzi I grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i 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	
<b>2. umiarkowany</b>	
• inwalidzi II grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy	

• inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
<b>3. lekki</b>	
• pozostali inwalidzi III grupy	
• osoby częściowo niezdolne do pracy	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

### I.B. Rodzaj niepełnosprawności

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się <b>na wózku inwalidzkim, wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk</b>	
2. inna dysfunkcja <b>narządu ruchu</b>	
3. dysfunkcja <b>narządu wzroku</b>	
4. dysfunkcja <b>narządów słuchu i mowy</b>	
5. deficyt rozwojowy ( <b>upośledzenie umysłowe</b> )	
6. niepełnosprawność z <b>ogólnego stanu zdrowia</b>	

### II. Sytuacja zawodowa

1. zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą	
2. osoba w wieku od 18 do 24 lat (ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca)	
3. bezrobotny poszukujący pracy/ rencista poszukujący pracy	
4. rencista (emeryt) niezainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

### III. Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik MOPS)

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

### IV. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania

1. Rodzaj budynku:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> dom jednorodzinny       | <input type="checkbox"/> wielorodzinny prywatny     |
| <input type="checkbox"/> wielorodzinny komunalny | <input type="checkbox"/> wielorodzinny spółdzielczy |
| <input type="checkbox"/> inne .....              |   |

2.  budynek parterowy  budynek piętrowy  
piętro .....

3. Opis mieszkania:  
liczba pokoi .....

- |                                     |                                       |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> z kuchnią  | <input type="checkbox"/> bez kuchni   |
| <input type="checkbox"/> z łazienką | <input type="checkbox"/> bez łazienki |
| <input type="checkbox"/> z WC       | <input type="checkbox"/> bez WC       |

4. Łazienka jest wyposażona w:

- |                                |                                  |
|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> wannę | <input type="checkbox"/> brodzik |
|                                | <input type="checkbox"/>         |

kabinę prysznicową                      umywalkę

5. W mieszkaniu jest:

instalacja wody zimnej                       instalacja wody ciepłej

kanalizacja                                       centralne ogrzewanie

prąd     gaz

6. Inne informacje: .....

.....

.....

.....

.....

.....

**V. Sytuacja mieszkaniowa - zamieszkuje**

1 samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami niespokrewnionymi	

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

	Imię i nazwisko	Pokrewieństwo	Niepełnosprawność	
			stopień	rodzaj
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

**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. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:**

.....

**XI. Przewidywany koszt realizacji zadania:**.....

(słownie złotych:.....)

**XII. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania:**.....

(słownie złotych:.....)

**XIII. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego, pełnomocnika lub osoby upoważnionej (proszę wypełnić drukowanymi literami):**

Imię i nazwisko .....

Dowód osobisty: seria ..... nr ..... wydany w dniu .....

ważny do ..... wydany przez .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania ..... Kod .....

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem .....

- (postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia ..... sygn. akt .....
- na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza z dnia .....  
repet. Nr .....
- upoważnienie z dnia .....

- Osoba niepełnosprawna może złożyć wniosek z kompletem załączników w każdym czasie.
- O dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej, mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli posiadają co najmniej 5% środków finansowych niezbędnych do realizacji wymienionego we wniosku zadania.
- Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie kosztów likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej ze środków Funduszu.
- O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

**Przyjmuję do wiadomości, że mój wniosek nie zostanie rozpatrzony w przypadku, gdy podane przeze mnie informacje są niezgodne z prawdą.**

Informacja:

Od 25 maja 2018 roku obowiązuje Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (RODO).

Informacja dla osób oraz rodzin, których dane osobowe przetwarzane są w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Łodzi, są załącznikiem do niniejszego wniosku.

Łódź, dnia .....

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

***Decyzja Zespołu opiniującego wnioski I KOMISJA:***

***Kwota:.....***

pozytywna

negatywna

z dnia .....

***Decyzja Zespołu opiniującego wnioski II KOMISJA:***

***Kwota:.....***

pozytywna

negatywna

z dnia .....

### **Załączniki wymagane do wniosku:**

1. Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu), o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.).
2. Kopie orzeczeń o niepełnosprawności (oryginały do wglądu) 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. Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą oraz o korzystaniu ze środków PFRON. MOPS w Łodzi może zobowiązać Wnioskodawcę do udokumentowania wysokości uzyskiwanych dochodów.
6. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
7. Zaświadczenie z zakładu pracy potwierdzające zatrudnienie w przypadku osoby pracującej.
8. Zaświadczenie o pobieraniu nauki lub kserokopia aktualnej legitymacji szkolnej (oryginał do wglądu) – w przypadku osoby uczącej się.
9. Kopia aktu urodzenia (oryginał do wglądu) z potwierdzonym adresem zameldowania oraz dowód osobisty przedstawiciela ustawowego – w przypadku Wnioskodawcy poniżej 18 roku życia.
10. Dowód osobisty Wnioskodawcy do wglądu.
11. Faktura pro forma lub oferta cenowa od sprzedawcy (dotyczy zakupu sprzętu).
12. Zgoda współwłaściciela/li lokalu.
13. Kopia postanowienia Sądu Rejonowego o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej, pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza (oryginał do wglądu) lub upoważnienie.

## Oświadczenie

Wnioskodawcy ubiegającego się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, będących w dyspozycji Prezydenta Miasta Łodzi likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnych.

Dla: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łodzi, 90-012 Łódź, ul. Kilińskiego 102/102A

Ja, niżej podpisany(a) .....

zamieszkały(a) .....

**oświadczam, że:**

1. razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby, których dochód wynosił:

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Dochód miesięczny*
1. Wnioskodawca		
2.		
3.		
4.		
5.		
<b>RAZEM</b>		
Średni miesięczny dochód przypadający na 1 osobę w gospodarstwie domowym		

W przypadku osób prowadzących samodzielne gospodarstwo domowe do oświadczenia należy wpisać tylko Wnioskodawcę.

2. korzystałem(am) ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat:

Cel	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana w zł	Stan rozliczenia umowy

Informacja:

Od 25 maja 2018 roku obowiązuje Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (RODO).

Informacja dla osób oraz rodzin, których dane osobowe przetwarzane są w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Łodzi, są załącznikiem do niniejszego wniosku.

Łódź, dnia .....

.....  
(podpis Wnioskodawcy)



### **\*Średni miesięczny dochód**

Zgodnie z § 5 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25.06.2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatów, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1952 z późn. zm.) przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (ustawa z dnia 28.11.2003 r. o świadczeniach rodzinnych, Dz.U. z 2018r. poz. 2220 z późn. zm.), podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczonym za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

## UPOWAŻNIENIE

Ja ..... legitymująca/y się dowodem osobistym seria .....  
numer ....., wydany w dniu ..... przez .....,  
ważny do dnia ....., PESEL .....,  
zamieszkała/y w ..... przy ulicy.....

Upoważniam Panią/Pana ..... legitymującą/ego się dowodem  
osobistym seria ..... numer ..... wydany w dniu .....  
przez ....., ważny do dnia .....,  
PESEL ..... zamieszkała/y w ..... przy ulicy  
....., do złożenia w moim imieniu wniosku  
w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Łodzi o dofinansowanie ze środków  
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Społecznej Osób Niepełnosprawnych oraz  
do zawarcia w moim imieniu umowy o dofinansowanie do likwidacji barier  
architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej i jej rozliczenia.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis)

Potwierdzam zgodność podpisu .....  
(pieczęć i podpis)

.....

Dnia .....

## Zaświadczenie Lekarskie

Do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON będących w dyspozycji MOPS w Łodzi  
likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

Rodzaj dysfunkcji.....

.....

Sposób poruszania się:

- na wózku inwalidzkim

- przy pomocy balkoniku

- przy pomocy kul

- przy pomocy osób drugih

- osoba leżąca

- po amputacji kończyn

- samodzielnie

Dodatkowe informacje:.....

.....

Podpis i pieczęć Lekarza

.....

# Zgoda

Ja       nżej   podpisana/y .....będący  
współwłaścicielem nieruchomości/lokalu położonego w Łodzi.....  
wyrażam zgodę na likwidację barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby  
niepełnosprawnej dla.....

Łódź, dnia.....

Podpis/y