

Data
nr wniosku

**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

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:
- Dowód osobisty: seria nr wydany w dniu
- ważny do wydany przez
- Numer rachunku bankowego
- Dane właściciela rachunku bankowego

I. Stopień niepełnosprawności *

1. znaczny	
• 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	
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. 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	

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:

- dom jednorodzinny wielorodzinny prywatny
 wielorodzinny komunalny wielorodzinny spółdzielczy
 inne

2. budynek parterowy budynek piętrowy
piętro

3. Opis mieszkania:

liczba pokoi

- z kuchnią bez kuchni
 z łazienką bez łazienki
 z WC bez WC

4. Łazienka jest wyposażona w:

- wannę brodzik
 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.
- Dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych 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 w komunikowaniu się i technicznych 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.

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k.k. oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

Art. 233 Kodeksu Karnego

§ 1. Kto składając zeznanie mające służyć jako za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmując zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie.

Informacja:

Od 25 maja 2018 roku obowiązuje Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/680 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie ich swobodnego przepływu (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. 1076).
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.