



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. 42 685-43-53; fax 42 632-41-30

**WNIOSEK  
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu  
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych**

*(wypełnia osoba niepełnosprawna drukowanymi literami)*

**I: Dane dotyczące Wnioskodawcy**

1. Imię i nazwisko .....

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

Telefon: ..... PESEL: .....

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

ważny do ..... wydany przez .....

**II: Zakres dofinansowania**

Proszę o dofinansowanie .....

.....

.....

*należy podać nazwę urządzenia (ewentualny montaż), rodzaj usługi*

o łącznej kwocie .....

**III. Informacje o Wnioskodawcy**

**1. Stopień niepełnosprawności: \***

1. Znaczny	
2. Umiarkowany	
3. Lekki	

**2. Rodzaj niepełnosprawności: \***

<b>RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>			
<input type="checkbox"/> 05-R NARZĄD RUCHU, w zakresie: <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej <input type="checkbox"/> innym, jakie .....			
Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> Wnioskodawca porusza się przy pomocy balkonika <input type="checkbox"/> Wnioskodawca porusza się przy pomocy kul łokciowych <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> 04-O NARZĄD WZROKU <input type="checkbox"/> osoba słabowidząca <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba niedowidząca inne, jakie .....	<input type="checkbox"/> 03-L <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba słabosłysząca <input type="checkbox"/> zaburzenia głosu <input type="checkbox"/> zaburzenia mowy	<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne jakie .....	
<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy symbol):			
<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo-płciowego	<input type="checkbox"/> 11-I inne Jakie .....
<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

**3. Sytuacja zawodowa: \***

1. zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą **	
2. osoba 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	
6. osoby przebywające na zasiłku (wymienić jaki .....)	

**4. Co stanowi utrudnienia w życiu codziennym:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**5. Średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek (wypełnia pracownik MOPS w Łodzi na podstawie oświadczenia Wnioskodawcy):**.....

\*proszę wstawić (X) we właściwej rubryce

\*\* niepotrzebne skreślić

6. Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON (*wypełnia pracownik MOPS w Łodzi na podstawie oświadczenia Wnioskodawcy*):

.....  
(cel, nr i data zawarcia umowy, kwota przyznana, stan rozliczenia)  
.....  
.....

7. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika (*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 .....

Uwagi:

- 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)

*Adnotacje przyjmującego wniosek (wypełnia pracownik MOPS):*

.....  
.....  
.....  
.....

**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. Aktualne zaświadczenie lekarskie, uzasadniające posiadanie wnioskowanego sprzętu w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych.
3. 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.
4. Dowód osobisty Wnioskodawcy do wglądu.
5. Faktura pro forma.
6. Upoważnienie/pełnomocnictwo.

**Załączniki dodatkowe:**

- zaświadczenie z miejsca pracy o zatrudnieniu,
- zaświadczenie ze szkoły bądź uczelni o pobieraniu nauki,
- w przypadku dzieci opinia pedagoga szkolnego lub psychologa,
- zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy,
- osobiste uzasadnienie potrzeby posiadania sprzętu komputerowego.

***Decyzja Zespołu opiniującego wnioski:***

pozytywna

negatywna

z dnia .....

---

pozytywna

negatywna

z dnia .....