



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)

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: *

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI			
<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. Opis sytuacji życiowej i mieszkaniowej:

.....

5. Co stanowi utrudnienia w życiu codziennym:

.....

6. 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

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

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

8. 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

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 dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 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.

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 2016 r. poz. 2046).
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