

.....
Nr sprawy

.....
Pieczęć i podpis pracownika

**Wniosek
o udzielenie dofinansowania na likwidację barier
architektonicznych/w komunikowaniu się/technicznych
dla osób niepełnosprawnych***

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

(proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami)

1. DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia: _____ - _____ - _____

PESEL:

ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica/nr domu/mieszkania

Kod-..... Miejscowość

Telefon e-mail

ADRES KORESPONDENCYJNY (jeśli jest inny niż ww.)

Ulica/nr domu/mieszkania

Kod-..... Miejscowość

Telefon e-mail

**2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO* (WYPEŁNIĆ, JEŚLI WNIOSEK DOTYCZY
OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ) OPIEKUNA PRAWNEGO* LUB PEŁNOMOCNIKA***

Imię i nazwisko:

PESEL:

ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica/nr domu/mieszkania

Kod-..... Miejscowość

Telefon e-mail

ADRES KORESPONDENCYJNY (jeśli jest inny niż ww.)

Ulica/nr domu/mieszkania

Kod-..... Miejscowość

Telefon e-mail

Opiekun prawny* – ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia
sygnatura akt.....

Pełnomocnik* – na mocy pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza.....

..... dnia nr repertorium

- Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

.....

- Nakłady dotychczas poniesione na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku, wraz z podaniem źródeł finansowania:

.....

.....

.....

.....

- Wysokość wnioskowanego dofinansowania w zł (do 95% kosztów zadania), nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia:

..... zł, słownie zł

5. SYTUACJA ZAWODOWA (zaznacz właściwe):

zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą*	
osoba w wieku od 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
bezrobotny poszukujący pracy/ rencista poszukujący pracy*	
rencista/ emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy*	
dzieci i młodzież do lat 18	

6. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (zaznacz właściwe):

Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się przy pomocy sprzętu ortopedycznego (np.: kul, balkonika)	
Inna dysfunkcja narządu ruchu (jaka ?).....	
Dysfunkcja narządu wzroku	
Dysfunkcja narządów słuchu/mowy	
Niepełnosprawność intelektualna	
Zaburzenia i choroby psychiczne	
Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
Inna niepełnosprawność (jaka ?).....	

7. SYTUACJA MIESZKANIOWA – opis budynku i mieszkania (wypełnić w przypadku likwidowania barier architektonicznych; zaznacz właściwy kwadrat):

a) Rodzaj mieszkania:

- ☐ lokatorskie spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego ☐ własność
☐ własnościowe spółdzielcze prawo do lokalu mieszkalnego ☐ komunalne/kwaterunkowe
☐ mieszkanie wynajęte
☐ prawo do domu jednorodzinnego/jego części w spółdzielni mieszkaniowej
☐ inne (podać jakie)

b) Opis mieszkania (zaznacz właściwe):

Liczba pokoi	
Metraż	
Piętro	
Winda	Tak ☐ Nie ☐
Kuchnia	Tak ☐ Nie ☐
Łazienka	Tak ☐ Nie ☐

c) Wyposażenie mieszkania w instalacje (zaznacz właściwy kwadrat):

☐ woda zimna ☐ woda ciepła ☐ WC ☐ centralne ogrzewanie ☐ gaz ☐ piece

Łazienka posiada: ☐ wannę ☐ brodzik ☐ kabinę prysznicową ☐ umywalkę ☐ WC

☐ inne instalacje (podać jakie).....

inne informacje o warunkach mieszkaniowych

.....

.....

8. OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA ZAMIESZKUJE (zaznacz właściwe)

samotnie/ gospodarstwo jednoosobowe	
z rodziną	
z osobami nie spokrewnionymi	

9. OŚWIADCZENIE:

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2023 r., poz. 390 ze zm.), podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił zł
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi, w tym liczba osób z niepełnosprawnością

10. INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON (zaznacz właściwe; w tym dofinansowanie: uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”):

Czy osoba niepełnosprawna korzystała ze środków PFRON					Tak: ☐	Nie: ☐
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło: PFRON; samorząd powiatowy	

RAZEM: kwota zł

11. DO WNIOSKU NALEŻY ZAŁĄCZYĆ:

- kopię orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, orzeczenia do celów rentowych lub kopię wypisu z treści orzeczenia,
- aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności Wnioskodawcy (wystawione czytelnie, w języku polskim, zgodnie z załącznikiem do wniosku);
- w przypadku barier architektonicznych zaświadczenie lekarskie dotyczące osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym i mających problemy w poruszaniu się, w stopniu znacznym lub umiarkowanym (wystawione czytelnie, w języku polskim, zgodnie z załącznikiem do wniosku);
- oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych niepełnosprawnych osób, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, które zostały wymienione we wniosku;
- kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (**oryginał do wglądu**),
- na prośbę MOPR opinię psychologa lub pedagoga szkolnego lub z poradni pedagogiczno-psychologicznej – dotyczy młodzieży uczącej się (bariery w komunikowaniu się),
- kopię udokumentowanej podstawy prawnej zamieszkiwania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (umowa nabycia nieruchomości, umowa najmu lub inna umowa potwierdzająca prawo do lokalu) (**oryginał do wglądu**),
- szkic mieszkania (w koniecznych przypadkach),
- projekt i kosztorys, pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach),
- zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkują (w koniecznych przypadkach, dotyczy osób nie będących właścicielami lub użytkownikami wieczystymi nieruchomości) na wykonanie wnioskowanych prac,
- oferty cenowe w przypadku zakupu urządzeń likwidujących bariery w komunikowaniu się i technicznych (w szczególnych przypadkach, MOPR może żądać kilku ofert cenowych),
- oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (dochód należy wyliczyć zgodnie z pouczeniem),
- w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – kopię zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (**oryginał do wglądu**),
- w przypadku reprezentowania osoby niepełnosprawnej przez pełnomocnika – kopię pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza (**oryginał do wglądu**),
- w przypadku dzieci do 18 roku życia – kopia aktu urodzenia (**oryginał do wglądu**).

12. PRZY SKŁADANIU WNIOSKU NALEŻY OKAZAĆ DO WGLĄDU:

- dowód osobisty.

13. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY (osoby niepełnosprawnej lub jej pełnomocnika, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego):

Oświadczam, że:

- nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON związanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- posiadam środki finansowe w wysokości wystarczającej na pokrycie udziału własnego w realizacji zadania. Oświadczam, że dane podane we wniosku i załącznikach są prawdziwe. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia zmiany.

14. KLAUZULA INFORMACYJNA:

Administratorem Państwa danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Gdańsku z siedzibą przy ul. Konrada Leczkowa 1A, 80-432 Gdańsk. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania Państwa danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (RODO) znajdują się na stronie internetowej www.mopr.gda.pl w zakładce „ochrona danych osobowych” oraz w siedzibie Wydziału Rehabilitacji Społecznej MOPR przy ul. Konrada Leczkowa 1A. Klauzula informacyjna RODO dostępna jest również w Systemie Obsługi Wsparcia (SOW) w zakładce "Wzory załączników" pod nazwą "Klauzula informacyjna – Osoby z niepełnosprawnością".

Uwaga: złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.

Prace/zakupy dokonane przed podpisaniem umowy o dofinansowanie likwidacji barier nie podlegają dofinansowaniu.

.....
data i podpis wnioskodawcy (osoby niepełnosprawnej lub jej pełnomocnika*, przedstawiciela ustawowego*,
opiekuna prawnego*)*

* niepotrzebna skreślić

We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, ewentualnie wypisać „Nie dotyczy”. W przypadku, gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu - załącznik nr” czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.