

w dniu ..... nr .....

pieczęć MOPR

**Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Szczecinie****WNIOSEK****o dofinansowanie osobie fizycznej likwidacji barier architektonicznych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych****A. Dane dotyczące Wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami):**

..... imiona rodziców: .....

Nazwisko i imię Wnioskodawcy

**Dowód Osobisty:**  
 Seria ..... nr ..... wydany w dniu ..... przez .....

**PESEL:** ..... **NIP** .....

**Adres zameldowania:**  
 Kod: ..... Miejscowość: ..... ulica: .....nr .....

**Adres zamieszkania:**  
 Kod: ..... Miejscowość: ..... ulica: .....nr .....

Telefon stacjonarny: ..... Telefon komórkowy: .....

**Nazwa banku:** .....

**Numer rachunku bankowego:** .....

**Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik**

..... imiona rodziców: .....

Nazwisko i imię

**Dowód Osobisty:**  
 Seria ..... nr ..... wydany w dniu ..... przez .....

**PESEL:** ..... **NIP** .....

**Adres zameldowania:**  
 Kod: ..... Miejscowość: ..... ulica: .....nr .....

**Adres zamieszkania:**  
 Kod: ..... Miejscowość: ..... ulica: .....nr .....

Telefon stacjonarny: ..... Telefon komórkowy: .....

**Nazwa banku:** .....

**Numer rachunku bankowego:** .....

**Ustanowiony opiekunem / pełnomocnikiem** .....

Wpisać właściwe, załączyć dokument potwierdzający

**TABELA 1****Stopień niepełnosprawności potwierdzony orzeczeniem :**

zakreśl X

1. ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI OSÓB DO 16 ROKU ŻYCIA	
2. ZNACZNY ( inwalida I grupy)	
3. UMIARKOWANY (inwalida II grupy)	
4. LEKKI (inwalida III grupy)	

**Punktacja MOPR**

TABELA 2

zakreśl X we

**Rodzaj niepełnosprawności, potwierdzony zaświadczeniem lekarskim**

właściwej rubryce

1. dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim jaka? .....	
.....	
2. inna dysfunkcja narządów ruchu, jaka? .....	
.....	
3. dysfunkcja narządu wzroku, jaka? .....	
.....	
4. dysfunkcja narządów słuchu i mowy, jaka? .....	
.....	
5. deficyt rozwoju /upośledzenie umysłowe/, jaki? .....	
.....	
6. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia lub inna nie wymieniona w pkt. 1-5 jaka? .....	
.....	
<b>Punktacja MOPR</b>	

TABELA 3

**Sytuacja zawodowa:**

zakreśl X

1. zatrudniony* / prowadzący działalność gospodarczą*	
2. młodzież od lat 18 do 24 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	
<b>Punktacja MOPR</b>	

\*) niepotrzebne skreślić

TABELA 4

**Sytuacja mieszkaniowa – Wnioskodawca zamieszkuje:**

zakreśl X

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami nie spokrewnionymi	
<b>Punktacja MOPR</b>	

**A. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku / mieszkania:**

- ❖ Dom jednorodzinny, wielorodzinny prywatny, wielorodzinny komunalny, wielorodzinny spółdzielczy, inne (wpisać właściwe) .....
- ❖ Budynek parterowy, piętrowy (wpisać właściwe)..... mieszkanie na ..... piętrze
- ❖ Przybliżony wiek budynku ..... lub rok budowy .....
- ❖ Opis mieszkania: liczba pokoi ....., kuchnia, bez kuchni, z łazienką, bez łazienki, z WC, bez WC (wpisać właściwe) .....
- ❖ Łazienka wyposażona jest w: wannę, brodzik, kabinę prysznicową, umywalkę (wpisać właściwe) .....
- .....
- ❖ W mieszkaniu znajduje się instalacja wody zimnej, ciepłej, kanalizacja, centralne ogrzewanie, prąd, gaz (wpisać właściwe) .....
- ❖ Inne informacje o warunkach mieszkaniowych: .....
- .....

B. **Tytuł prawny do lokalu lub budynku:** własność nieruchomości, wieczyste użytkowanie, nominacja, przydział lokalu, w którym stale zamieszkuje Wnioskodawca (wpisać właściwe) .....

**TABELA 5**

**Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą oraz oświadczenie o wysokości dochodów:**

Nazwisko i imię	Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełn.	Rodzaj / przyczyna niepełn.	przeciętny m-czny dochód obliczony za kwartał poprzedzający m-c, w którym składany jest wniosek	Pkt.
WNISKODAWCA					
punktacja za stopień za stopień i rodzaj niepełnosprawności osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym					

Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, **podzielony przez liczbę osób** we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek wynosił ..... zł.

**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:** .....

**TABELA 6**

**1. Korzystanie ze środków Funduszu do likwidacji barier** (architektoniczne, techniczne, w komunikowaniu się):

Czy wnioskodawca korzystał z dofinansowania do likwidacji barier?	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
Jakich? .....		
W którym roku? .....		
Czy był składany wniosek? Jeśli tak, podaj rok, lata .....		
<b>Punktacja MOPR</b>		

**2. Korzystanie ze środków Funduszu na inne cele** ( np. turnus rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze, sprzęt rehabilitacyjny): zakreśl **X**

Czy Wnioskodawca korzystał z dofinansowania na inne cele i rozliczył się?	
Czy Wnioskodawca korzystał z dofinansowania i jest w trakcie rozliczania?	
Czy Wnioskodawca korzystał z dofinansowania i nie rozliczył się?	
Do czego otrzymał dofinansowanie? (wymień) .....	

**3. Dodatkowe informacje o korzystaniu ze środków Funduszu - dotyczy umów zawieranych z PFRON** (np. KOMPUTER DLA HOMERA, PEGAZ 2003, SPRAWNY DOJAZD, STUDENT, itp.):

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?				Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>
Nr i data zawarcia umowy	Kwota	Cel	Termin rozliczenia	Stan rozliczenia	Źródło /PFRON/



**10. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku:**

<b>Nazwa załącznika</b>	<b>Załączono do wniosku tak/nie</b>	<b>Uzupełniono Tak /nie</b>	<b>Data uzupełnień (wypełnia pracownik MOPR)</b>
1.kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub inne równoważne potwierdzające niepełnospr Wnioskodawcy i innych osób wspólnie zamieszkujących ( <b>oryginał do wglądu</b> );			
2. <b>aktualne</b> zaświadczenie lekarza specjalisty zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności , obecnym stanie zdrowia oraz informacje dotyczące tego w jakim stopniu ten stan utrudnia poruszanie się ( czy osoba porusza się na wózku inwalidzkim, o kulach, przy balkoniku?)			
3.udokumentowane prawo do lokalu lub budynku ( akt własności, wieczyste użytkowanie, nominacja, umowa najmu) <b>oryginał do wglądu</b>			
4.zgoda właściciela lokalu i budynku na wykonanie wnioskowanego zakresu prac			
5.dokumenty potwierdzające prawo występowania w imieniu osoby niepeł. (np. przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny, pełnomocnik) – <b>oryginał do wglądu</b>			
6. dowód osobisty Wnioskodawcy i osoby występującej w jego imieniu (w przypadku osoby nieletniej – dowód osobisty przedstawiciela ustawowego i skrócony odpis aktu urodzenia)			
7.zaświadczenie z: A/ Powiatowego Urzędu Pracy, w przypadku osób bezrobotnych lub/i poszukujących pracy; B/ z zakładu pracy potwierdzające zatrudnienie, w przypadku osób zatrudnionych			
8.osoby korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej - kopia decyzji;			
9.udokumentowanie:posiadania ewentualnych innych źródeł finansowania;			

**Oświadczam, że są mi znane następujące informacje:**

- A. o dofinansowanie mogą ubiegać się **wyłącznie osoby niepełnosprawne mające trudności w poruszaniu się**;
- B. dofinansowanie nie przysługuje osobom, które w ciągu 3 lat przed dniem złożenia wniosku były, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tej osoby;
- C. dofinansowanie nie przysługuje jeżeli osoba ubiegająca się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu,
- D. dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie;
- E. podstawę dofinansowania ze środków PFRON stanowi umowa zawarta pomiędzy Starostą a Wnioskodawcą;

W przypadku, gdy MOPR poweźmie wątpliwości odnośnie do podanych we wniosku danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gosp.domowym, wezwie wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów. (Dz. U. 2002 nr 96, poz. 861 z późniejszymi zmianami)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów związanych z udzielaniem dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

***Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.***

.....  
miejsowość i data

.....  
czytelny podpis Wnioskodawcy / osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wnioskodawcy

## Załącznik nr 1 do „WNIOSKU O DOFINANSOWANIE LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH”

**Osoby, które mogą ubiegać się o dofinansowanie:**

**A/ dzieci niepełnosprawne mające problemy w poruszaniu się – posiadające ważne orzeczenie o niepełnosprawności,**

**B/ dorosłe osoby niepełnosprawne mające problemy w poruszaniu się, posiadające ważne orzeczenie o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych lub inne równoważne.**

W celu ubiegania się o dofinansowanie koniecznym jest, dodatkowo dołączenie przez Wnioskodawcę do Wniosku jednego z niżej wymienionych zaświadczeń:

- 1/ osoby, które we Wniosku zaznaczyły w Tabeli 3 poz. 1 - zaświadczenie z zakładu pracy potwierdzające zatrudnienie lub zaświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej,
- 2/ osoby, które we Wniosku zaznaczyły w Tabeli 3 poz. 3 - zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy,

**UWAGA!**

- ❖ **Przyjęcie wniosku do realizacji nie jest jednoznaczne z dofinansowaniem zakresu wskazanego przez Wnioskodawcę.**
  - ❖ Zakres prac, który może zostać przyjęty do dofinansowania określony zostanie w protokole sporządzonym przez komisję w trakcie wizji lokalu.
  - ❖ **Kosztorys i projekt budowlany**, o ile będzie konieczny ze względu na rodzaj prac, wymagane są **dopiero po przeprowadzeniu wizji zgodnie z zakresem wskazanym w protokole.**
  - ❖ Realizacja w/w zadania wymaga podpisania Umowy o dofinansowanie, w związku z powyższym Wnioskodawca nie może dokonać zakupu przed podpisaniem Umowy z MOPR.
  - ❖ Dofinansowanie może wynosić do 80% kosztów wynikających z przedstawionego, zweryfikowanego przez MOPR kosztorysu,
  - ❖ **jednakże, w przypadku, gdy kwota realizacji będzie wyższa od przyjętej do dofinansowania, to MOPR dofinansuje zadanie tylko do kwoty określonej w umowie,**
  - ❖ **jeśli wartość zadania będzie niższa od przyjętej do dofinansowania, to MOPR dofinansuje jego realizację do wysokości 80% jego faktycznej wartości,**
  - ❖ Osoby niepełnosprawne prowadzące wspólne gospodarstwo domowe mogą ubiegać się o dofinansowanie do likwidacji barier poprzez złożenie tylko jednego wniosku,
  - ❖ W przypadku ograniczonej ilości środków finansowych przeznaczonych na realizację zadania złożone wnioski są oceniane wg. skali punktowej, a o przyjęciu wniosku do realizacji decyduje wówczas najwyższa ilość uzyskanych punktów.
- Najwyżej punktowane są wnioski tych osób niepełnosprawnych, które:
- poruszają się na wózkach inwalidzkich i przedłożą zaświadczenie lekarskie, które potwierdzi ten fakt, ( w dalszej kolejności osoby niepełnosprawne ruchowo, szczególnie z niepełnosprawnościami sprzężonymi a zaświadczenie lekarskie będzie ten stan potwierdzało),
  - zamieszkują we wspólnym gospodarstwie domowym z innymi osobami niepełnosprawnymi lub zamieszkujące samotnie,
  - zadeklarują udział własny wyższy niż 20%, (każde 5% deklarowanego udziału własnego ponad obowiązujące 20% daje 1pkt.),
  - nie korzystające dotychczas z dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych,
  - pracują lub są zarejestrowane w PUP jako osoby bezrobotne poszukujące pracy.

.....  
podpis Wnioskodawcy lub osoby  
występującej w jego imieniu

**Opinia Społecznej Komisji dotycząca zakwalifikowania wniosku do II-go etapu: **TAK****

**NIE**

**Protokół Społecznej Komisji z dnia.....**

**Podpisy członków Komisji 1....., 2. ...., 3. ...., 4. ....**