

Data wpływu:
Nr wniosku BA/DZ*/_____ / _____
Nr sprawy DdRS.6102. _____ / _____

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON DO LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH
W MIEJSCU ZAMIESZKANIA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

1. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY / DZIECKU / PODOPIECZNYM *

Imię i nazwisko

PESEL

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

ADRES ZAMIESZKANIA (pobyt stały)

Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Powiat	Województwo	Tel/fax z nr kierunkowym (tel. komórkowy)		

2. DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO/PEŁNOMOCNIKA*

Rodzic osoby niepełnosprawnej

Opiekun prawny osoby niepełnosprawnej ustanowiony - postanowienie Sądu Rejonowego z dn. _____
sygn. akt/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza _____ z dn. _____

Imię i nazwisko

PESEL

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

ADRES ZAMIESZKANIA

Kod pocztowy	Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Powiat	Województwo	Telefon z nr kierunkowym (tel. komórkowy)		

3. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI: WNIOSKODAWCY / DZIECKA / PODOPIECZNEGO*

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka

orzeczenie o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia.

Orzeczenie ważne: okresowo do _____ bezterminowo

* niepotrzebne skreślić / zaznaczyć znakiem X w odpowiednim polu „□”

1. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie informować Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej.
2. Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego (tekst jednolity Dz.U. z 2018 r., poz. 1600) za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.
3. Zostałem/łam poinformowany/na, że kwota dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia oraz, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
4. Oświadczam, że w przypadku przyznania dofinansowania będę dysponował/ła środkami finansowymi na opłacenie udziału własnego w postaci różnicy pomiędzy kwotą dofinansowania, ewentualnym dofinansowaniem z innych źródeł, a całkowitym kosztem realizacji zadania.
5. Wszelkie koszty związane z przygotowaniem wniosku ponosi Wnioskodawca.
6. Informuję, że **jestem***, **nie jestem*** płatnikiem podatku VAT.
7. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że:
 - 1) dofinansowanie ze środków Funduszu nie przysługuje, jeżeli podmiot ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu lub podmiot ten był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu.
 - 2) dofinansowanie nie może obejmować kosztów zakupu przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy.
8. Oświadczam, że o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Samorządu Powiatu Dąbrowa Górnicza tak - nie

Dąbrowa Górnicza, dnia _____

Czytelny podpis
 Wnioskodawcy, pełnomocnika,
 przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego

17. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Do I etapu

- ✓ **Kopia orzeczenia - oryginał do wglądu**, o którym mowa w art. 1 lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r., poz. 511, ze zm.)
- ✓ **Aktualne zaświadczenie lekarskie** zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności.
- ✓ **Dokument potwierdzający tytuł prawny do lokalu**, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (np.: umowa najmu, przydział spółdzielczy, bądź akt własności lokalu) – oryginał do wglądu.
- ✓ **Zgoda właściciela lokalu** na dostosowanie mieszkania dla potrzeb osoby niepełnosprawnej – o ile dotyczy.
- ✓ **Zgoda właściciela budynku** na dostosowanie mieszkania dla potrzeb osoby niepełnosprawnej.
- ✓ Pełnomocnictwo w przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności lub dokument stanowiący opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny – oryginał do wniosku.
- ✓ Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania.

Do II etapu

- ✓ Szkic mieszkania.
- ✓ Projekt i kosztorys ofertowy, pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach).
- ✓ Przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego – o ile dotyczy.

18. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam również, że przyjąłem/łam do wiadomości i w pełni się zgadzam z tym, że kabina prysznicowa oraz brodzik stanowi barierę architektoniczną dla osoby niepełnosprawnej.

Dąbrowa Górnicza dn. ____ / ____ / ____ r.

Czytelny podpis
 Wnioskodawcy, pełnomocnika, przedstawiciela
 ustawowego, opiekuna prawnego.

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił _____ zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi _____.

Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego (tekst jednolity Dz.U. z 2018 r., poz. 1600) za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.

....., dnia.....r.

miejsowość

.....
Czytelny podpis

Wnioskodawcy, pełnomocnika,
przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego

POUCZENIE

Za dochody uwzględniane przy obliczeniu przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, uważa się dochody (po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób):

- a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- b) deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,
- c) inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.

Oświadczenie o miejscu zamieszkania

Oświadczam, że mieszkam.....

.....

.....

(dokładny adres)

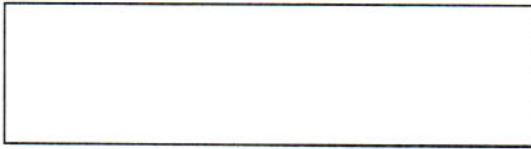
z zamiarem stałego pobytu, gdzie zostanie zlikwidowana bariera architektoniczna.

....., dnia.....r.

miejsowość

.....
Czytelny podpis

Wnioskodawcy, pełnomocnika,
przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Zaświadczenie lekarskie

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie likwidacji
barier architektonicznych z udziałem środków PFRON
wypełnia lekarz stosownie do rodzaju niepełnosprawności
wniosek należy wypełnić CZYTELNIE w języku polskim

Imię i nazwisko _____ PESEL _____

Adres zamieszkania _____

1. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:

- dysfunkcji narządu ruchu* - **zdolność poruszania się:**
- samodzielnie, za pomocą kuli/kul, za pomocą balkonika,
- na wózku inwalidzkim w mieszkaniu i na zewnątrz*/ tylko na zewnątrz*
- osoba mająca protezę, inne przedmioty ortopedyczne – jakie _____
- osoba nie poruszająca się samodzielnie – leżąca,
- wrodzony brak lub amputacja nogi/nóg*, dłoni lub ręki/rąk*,
- dysfunkcji narządu wzroku*, dysfunkcji narządu słuchu*,
- innej dysfunkcji* _____

2. Charakterystyka posiadanej niepełnosprawności:

3. Ww. osoba niepełnosprawna ma trudności w poruszaniu się polegające na:

4. Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez dokonanie następujących działań:

5. Realizacja ww. zadań umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych czynności życiowych w następujący sposób:

(miejscowość i data)

(podpis i pieczętka lekarza)

WYPEŁNIA PRACOWNIK MOPS**Załączniki wymagane do wniosku:**

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono (zaznaczyć właściwe)	Uzupełniono (zaznaczyć właściwe)	Data uzupełnienia
		wypełnia pracownik przyjmujący wniosek		
1.	Kserokopia aktualnego dokumentu potwierdzającego stopień niepełnosprawności lub niepełnosprawność w przypadku dziecka do 16 roku życia - oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Aktualne zaświadczenie lekarskie zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Dokument potwierdzający tytuł prawny do lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (np.: własność, umowa najmu) – oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Zgoda właściciela budynku na dostosowanie mieszkania dla potrzeb osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Zgoda właściciela lokalu na dostosowanie mieszkania dla potrzeb osoby niepełnosprawnej – o ile dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Pełnomocnictwo w przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności lub dokument stanowiący opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny – oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Inne załączone dokumenty:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Pieczęć imienna pracownika przyjmującego wniosek

Data, podpis:.....