



pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

Nr wniosku:

.....
data wpływu wniosku (dzień, miesiąc, rok)

W N I O S E K

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

Dane dotyczące Wnioskodawcy (proszę wypełnić czytelnie)

.....
imię i nazwisko

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

PESEL

miejsowość ulica nr domu nr lokalu
dokładny adres zamieszkania

nr kodu - poczta powiat

województwo nr tel./fax. (z nr kier.)

nazwa banku nr rachunku

Adres do korespondencji (należy wypełnić jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

nr kodu - poczta

Kombatant TAK NIE (właściwe zaznaczyć)

Rodzina wielodzietna TAK NIE (właściwe zaznaczyć)

Przedmiot dofinansowania (w tym wykaz planowanych zakupów, robót, usług, urządzeń w związku z likwidacją barier):

Przewidywany koszt realizacji zadania:
/słownie:/

Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:
/słownie:
...../

Termin rozpoczęcia zadania:

Czas realizacji zadania:

Cel dofinansowania *wstawić X we właściwej rubryce*

1. likwidacja barier architektonicznych	
2. likwidacja barier w komunikowaniu się	
3. likwidacja barier technicznych	

Miejsce realizacji zadania

.....

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł dofinansowania:

.....

.....

Informacja o innych źródłach finansowania zadania:

.....

.....

Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków PFRON, z określeniem numeru zawartej umowy, celu i daty przyznania dofinansowania oraz stanu rozliczenia

Cel dofinansowania z PFRON	(X)	(data, nr umowy, kwota)
1. na likwidację barier architektonicznych		
a) nie korzystałem/am	
b) korzystałem/am	
2. na likwidację barier w komunikowaniu się		
a) nie korzystałem/am	
b) korzystałem/am	
3. na likwidację barier technicznych		
a) nie korzystałem/am	
b) korzystałem/am	

4. na inny cel		
a) nie korzystałem/am	
b) korzystałem/am	

Opis stanu rozliczenia:

.....

.....

.....

Stopień niepełnosprawności wstawić X we właściwej rubryce

1. znaczny	
• inwalidzi I grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	
• osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności	
2. umiarkowany	
• inwalidzi II grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3. lekki	
• inwalidzi III grupy	
• osoby częściowo niezdolne do pracy	
• osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

Inny

.....

Sytuacja mieszkaniowa – status prawny nieruchomości (wypełnia się w przypadku barier architektonicznych)

1. wnioskodawca jest właścicielem nieruchomości	
2. wnioskodawca jest użytkownikiem wieczystym nieruchomości	
3. wnioskodawca posiada zgodę właściciela lokalu lub budynku, w którym stale zamieszkuje	
4. wnioskodawca jest właścicielem mieszkania	

Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania (wypełnia się w przypadku barier architektonicznych) * niepotrzebne skreślić

1. dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*, inne*
2. budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na (proszę podać kondygnację)
3. przybliżony wiek budynku lub rok budowy
4. opis mieszkania: pokoje (podać liczbę), z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, bez łazienki*, z wc*, bez wc*
5. łazienka jest wyposażona w: wannę*, brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*
6. w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*
7. inne informacje o warunkach mieszkaniowych

Sytuacja mieszkaniowa – wnioskodawca zamieszkuje wstawić X we właściwej rubryce

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami niespokrewnionymi	
4. z inną osobą niepełnosprawną	

Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

L.p.	Imię i Nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Rok ur.	Źródło dochodu	Wysokość miesięcznego dochodu netto
1.		Wnioskodawca			
2.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
3.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
4.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
5.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
6.	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
				RAZEM:	

Dochód ogółem: zł / słownie..... /

Ilość osób tworzących wspólne gospodarstwo domowe wraz z Wnioskodawcą:

Przeciętny miesięczny dochód netto na 1 członka rodziny wynosi: zł /słownie:

Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika

.....
imię (imiona) i nazwisko

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

PESEL NIP

miescowość ulica nr domu nr lokalu
dokładny adres zamieszkania

nr kodu - poczta powiat

województwo nr tel./fax. (z nr kier.)

ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia sygn. akt* / na mocy pełnomocnictwa
potwierdzonego przez Notariusza

z dnia repet. nr))

.....
*podpis przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika*

WYJAŚNIENIA:
*** niepotrzebne skreślić**

Załączniki do wniosku:

1. Kserokopia prawomocnego orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, grupie inwalidzkiej lub niezdolności do pracy (oryginał do wglądu).
2. Kserokopie orzeczeń o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, grupie inwalidzkiej lub niezdolności do pracy osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób (oryginał do wglądu).
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności i występujących barierach (załącznik do wniosku).
4. Udokumentowana podstawa prawna posiadania lokalu lub budynku, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu) – dotyczy likwidacji barier architektonicznych.
5. Pisemna zgoda właściciela budynku lub lokalu na dostosowanie budynku lub lokalu, w przypadku, gdy Wnioskodawca nie jest właścicielem – dotyczy likwidacji barier architektonicznych.
6. Dokument przedstawiający w sposób graficzny wnioskowane zmiany usunięcia barier architektonicznych (stan istniejący i stan planowany) lub technicznych – dotyczy likwidacji barier architektonicznych i technicznych.
7. Oferta, kosztorys ofertowy lub rachunek/faktura pro forma.
8. Dowód osobisty do wglądu
9. Legitymacja kombatancka
10. Karta Dużej Rodziny lub Karta Programu 2+3 i jeszcze więcej
11.
12.

Oświadczenia Wnioskodawcy:

1. Oświadczam, świadoma/y odpowiedzialności za fałszywe zeznania zgodnie z art. 233 § 1 KK, że podane informacje są zgodne z prawdą.
2. W przypadku podania informacji budzących wątpliwości wyrażam zgodę na sprawdzenie powyższych danych przez pracowników MOPS.
3. Zobowiązuję się informować MOPS o zmianach w danych zawartych we wniosku zaistniałych po złożeniu wniosku, w ciągu 14 dni od ich wystąpienia.
4. Oświadczam iż zostałam/em poinformowany o tym, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy na dofinansowanie ze środków PFRON.
5. Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec PFRON.
6. Oświadczam, że mieszkam na terenie Wrocławia.
7. Oświadczam, że posiadam wymagany udział własny do wnioskowanej kwoty.
8. Oświadczam, że przyjąłem/łam do wiadomości, iż złożenie wniosku nie jest równoznaczne z otrzymaniem dofinansowania.

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

.....
miejsowość, data

Ocena formalna wniosku (wypełnia pracownik DAON)

Wniosek Pani/Pana:.....
o dofinansowanie barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych

przyjęto dnia

załączniki	Tak	Nie	Dostarczy do dnia*
Orzeczenie o niepełnosprawności lub równoważne.			
Zaświadczenie lekarskie			
Przydział lokalu/akt notarialny			
Zgoda właściciela			
Rysunki techniczne			
Kosztorys/oferta.			

* podstawa prawna: § 12 pkt. 3 ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

.....
pieczęćka i podpis pracownika

Przyjmuje do wiadomości, że niedostarczenie w/w załączników w wyznaczonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

.....
data

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

**Wydane na potrzeby MOPS w związku z likwidacją barier architektonicznych, technicznych
i w komunikowaniu się (wypełnić czytelnie po polsku)**

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania.....

Pacjent wymaga*:

- Likwidacji barier architektonicznych - dostosowanie pomieszczeń mieszkalnych lub budynków
- Likwidacji barier w komunikowaniu się - zakup np.: komputera , telefonu komórkowego
- Likwidacji barier technicznych – zakup sprzętu ułatwiającego egzystencje.

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> porażenie czterokończynowe | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu mowy |
| <input type="checkbox"/> osoba leżąca | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna |
| <input type="checkbox"/> osoba po amputacji kończyny/kończyn dolnych | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się za pomocą kuli
lub balkonika | <input type="checkbox"/> autyzm |
| | <input type="checkbox"/> inne (jakie?
.....) |

Główna przyczyna niepełnosprawności (można zaznaczyć maksymalnie 3 przyczyny)*:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> choroby układu pokarmowego |
| <input type="checkbox"/> choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> choroby układu moczowo-płciowego |
| <input type="checkbox"/> zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu | <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne |
| <input type="checkbox"/> choroby narządu wzroku | <input type="checkbox"/> inne, w tym schorzenia endokrynologiczne,
metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby
zakaźne odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu
krwiotwórczego |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie narządu ruchu | <input type="checkbox"/> całościowe zaburzenia rozwojowe |
| <input type="checkbox"/> epilepsja | |
| <input type="checkbox"/> choroby układu oddechowego i krążenia | |

Opis schorzenia:

.....

.....
miejsowość i data

*** Właściwe zaznaczyć**

.....
pieczętka podpis lekarza

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych zgodnie z art. 13 RODO

1.	tożsamość i dane kontaktowe administratora	Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą we Wrocławiu (53-611) przy ul. Strzegomskiej 6.
2.	dane kontaktowe inspektora ochrony danych	Inspektor Ochrony Danych w MOPS, email: iodo@mops.wroclaw.pl , Wrocław 53-611, ul. Strzegomska 6,
3.	cele przetwarzania danych osobowych	ustalanie, przyznawanie i wypłacanie świadczeń dla osób niepełnosprawnych
4.	podstawy prawne przetwarzania	zgoda, ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
5.	jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie prawnie uzasadnionych interesów administratora lub strony trzeciej, te realizowane interesy	pomoc osobom niepełnosprawnym
6.	informacje o odbiorcach danych osobowych lub o kategoriach odbiorców, jeżeli istnieją	Pani/Pan dane osobowe będą udostępniane Współadministratorom, podmiotom, którym powierzyliśmy przetwarzanie danych na podstawie zawartych umów, a także innym podmiotom i instytucjom upoważnionym z mocy prawa.
7.	okres, przez który dane osobowe będą przechowywane, a gdy nie jest to możliwe, kryteria ustalania tego okresu	Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, do czasu ustania celu ich przetwarzania.
8.	informacje o prawach przysługujących osobie, której dane dotyczą	Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, w przypadku ustania celu dla którego były przetwarzane prawo do ich usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także zaprzestania przetwarzania.
9.	jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody, informacje o prawie do jej cofnięcia; w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na jej podstawie przed jej cofnięciem	Wyrażenie zgody jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji przedmiotowego wniosku i ewentualnego przyznania dofinansowania. Odmowa podania danych lub nie wyrażenie zgody na ich przetwarzanie może skutkować odmową przyjęcia przedmiotowego wniosku, a w konsekwencji nie przyznaniem dofinansowania na cel o który Pani/Pan wystąpił/a.
10.	informacje o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego	Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego [tj.: Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Warszawie (00-193) przy ul. Stawki 2].
11.	informacje, czy podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym lub umownym lub warunkiem zawarcia umowy oraz czy osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania i jakie są ewentualne konsekwencje niepodania danych	Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji przedmiotowego wniosku i ewentualnego przyznania dofinansowania. Odmowa podania danych lub nie wyrażenie zgody na ich przetwarzanie może skutkować odmową przyjęcia przedmiotowego wniosku, a w konsekwencji nie przyznaniem dofinansowania na cel, o który Pani/Pan wystąpił/a.

.....
Podpis

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody (właściwe podkreślić) na przetwarzanie moich danych osobowych * w związku z ubieganiem się przeze mnie o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do zadania wynikającego z art. 35 a ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych realizowanego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej we Wrocławiu tj. do programu pod nazwą: **LIKWIDACJA BARIER FUNKCJONALNYCH** Zostałam/em poinformowany, iż moje dane osobowe są przetwarzane i zbierane przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Strzegomskiej 6, 53-611 Wrocław, zgodnie z przepisami rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 4.5.2016 r.).

Celem przetwarzania Pani/Pana danych jest realizacja zadań przez Miasto Wrocław z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych finansowanych w 2019 r. ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Dane osobowe będą przetwarzane, gdy jest to niezbędne do wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych.

Zostałam/am poinformowany/a, że wyrażenie zgody jest dobrowolne i mogę ją w dowolnym momencie wycofać, z tym, że wycofanie zgody nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania na podstawie zgody, przed jej wycofaniem.

* nazwisko i imię; seria i numer dowodu osobistego; inny dokument potwierdzający tożsamość; data urodzenia; adres zamieszkania lub pobytu; adres do korespondencji; nr telefonu; adres e-mail; źródło dochodu wraz z oświadczeniem o dochodach ; PESEL; informacje wynikające z orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub równoważnego; płeć; miejsce pracy - o ile dotyczy; NIP – o ile dotyczy; miejsce urodzenia – o ile dotyczy; dane osobowe opiekuna – o ile dotyczy; stan cywilny – o ile dotyczy; informacje o pomocy otrzymywanej z innych instytucji – o ile dotyczy; imiona rodziców – o ile dotyczy; zawód/aktywność zawodowa/sytuacja socjalno-bytowa/społeczna; – o ile dotyczy; wykształcenie - o ile dotyczy; sytuacja życiowa – o ile dotyczy; nazwa banku/numer konta bankowego – o ile dotyczy; nazwisko i imię osoby upoważnionej do odbioru gotówki w kasie MOPS-o ile dotyczy, sytuacja mieszkaniowa – o ile dotyczy; imiona i nazwiska członków rodziny – o ile dotyczy; pesel dzieci – o ile dotyczy; data urodzenia dzieci – o ile dotyczy; pochodzenie etniczne – o ile dotyczy; stan zdrowia – o ile dotyczy; inne orzeczenia wydane w postępowaniu sądowym lub administracyjnym – o ile dotyczy.

Data.....

Podpis.....

(imię i nazwisko)

Podpis osoby przyjmującej zgodę

.....

(pieczęć i podpis pracownika DAON)