Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Data wpływu wniosku:

.....

Nr sprawy:

.....

MOPS

Wniosek złożony w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Rzeszowie, ul. Skubisza 4, tel. 17/86-30-253, w 54

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

I.A. Dane dotyczące Wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami)

Nazwisko:	Imię:	Imię ojca:
Data urodzenia:	Miejsce urodzenia:	
Seria i nr dowodu osobistego:	Wydany przez:	
PESEL:	Stan cywilny:	
Adres zamieszkania (ul., nr domu/mieszkania):		
Kod:	Miejscowość:	Nr tel.:

I.B. Stopień niepełnosprawności (1)

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, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
• osoby w wieku do lat 16 posiadające orzeczenie o niepełnosprawności	
2. umiarkowany,	
• inwalidzi II grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
3. lekki,	
• pozostali inwalidzi III grupy,	
• osoby częściowo niezdolne do pracy,	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

(1) wstawić znak „x” we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

I.C. Rodzaj niepełnosprawności (1)

1. dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim/osoba leżąca; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządów ruchu	
3. dysfunkcja narządów wzroku	
4. dysfunkcja narządów słuchu i/lub mowy	
5. autyzm	
6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	

II. Sytuacja zawodowa (1)

1. dzieci i młodzież do lat 18	
2. młodzież od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3. zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą *	
4. bezrobotny poszukujący pracy /rencista poszukujący pracy*	
5. rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy*	

III.A. Sytuacja mieszkaniowa - opis budynku i mieszkania

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

inne informacje o warunkach mieszkaniowych: .....
.....
.....
.....
.....

III.B. Sytuacja mieszkaniowa - Wnioskodawca zamieszkuje (1)

1. wnioskodawca wychowujący samotnie małoletnie dzieci	
2. samotnie	
3. z rodziną	
4. z osobami niespokrewnionymi	

(1) wstawić znak „**x**” we właściwej rubryce
* niepotrzebne skreślić

III.C. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą

Nazwisko i imię	Stopień pokrewieństwa	Stopień i rodzaj niepełnosprawności		Dochód miesięczny
		stopień	rodzaj	
1.	Wnioskodawca			
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

III.D. Sytuacja mieszkaniowa - warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik MOPS)

1. złe	
2. przeciętne	
3. dobre	
4. bardzo dobre	

IV. Oświadczenie o wysokości dochodów

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, **że razem ze mną** we wspólnym gospodarstwie domowym pozostaje ..... osób.
/podać liczbę/

Przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosi: ..... zł

<u>Uwaga:</u> zasiłek pielęgnacyjny, rodzinny i wychowawczy, nie są wliczane do dochodu.

V. Przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (1)

1. poniżej 100,00 zł	
2. 101,00 - 200,00 zł	
3. 201,00 - 300,00 zł	
4. 301,00 - 400,00 zł	
5. 401,00 - 500,00 zł	
6. 501,00 - 600,00 zł	
7. 601,00 - 700,00 zł	
8. 701,00 - 800,00 zł	
9. powyżej 800,00 zł	

(1) wstawić znak „**x**” we właściwej rubryce

VI. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (1)

1. Na likwidację barier architektonicznych:	
a/ nie korzystał	
b/ korzystał :	
numer umowy	
rok w którym podpisano umowę	
kwota uzyskanego dofinansowania	
2. Korzystał na inne cele ustawowe i rozliczył się	

VII. Cel likwidacji barier architektonicznych

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

VIII. Szczegóły dotyczące realizacji zadania

1) wykaz planowanych przedsięwzięć w celu likwidacji barier (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2) termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania: .....
.....

3) **orientacyjny koszt zadania:**

……...(słownie:……zł)

4) **łączna kwota wnioskowanego dofinansowania (do 80% kosztu zadania) w zł:**

.....(słownie:.....zł)

(1) wstawić znak „**x**” we właściwej rubryce

IX. Inwestor zastępczy (inspektor nadzoru) wybrany przez Wnioskodawcę:

.....
/nazwa i dokładny adres/
.....nr telefonu.....

X. Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik

..... syn/córka*.....
/imię(imiona) i nazwisko/ */imię ojca/*

seria ..... nr ..... wydany w dniu ..... przez.....
/dowód osobisty/

nr PESEL ..... miejscowość .....

ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....
/adres stałego zameldowania/

nr kodu .....-..... poczta ..... powiat.....

województwo ..... nr tel./faxu (z nr kier.) .....

ustanowiony Opiekunem/Pełnomocnikiem*.....

postanowieniem Sądu Rejonowego ..... z dn. .....

sygn. Akt ...../ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

..... z dn. ..... repet. Nr .....*

XI. Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec Funduszu i nie byłem w ciągu trzech lat przed złożeniem niniejszego wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, którą rozwiązano z przyczyn leżących po mojej stronie.

XII. G. W przypadku rezygnacji z dofinansowania zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić, w formie pisemnej o niniejszym fakcie Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Rzeszowie.

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 kk. w zw. z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 kpa. za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą.

XIII. Oświadczam, że ojciec/matka dziecka nie jest pozbawiony/a władzy rodzicielskiej i wyraża/ją zgodę na ubieganie się o dofinansowanie.

XIV. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku, dla potrzeb niezbędnych do realizacji dofinansowania na likwidację barier architektonicznych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U 2002, Nr 101,poz 926).

.....
/podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela ustawowego,
Opiekuna prawnego, Pełnomocnika/*

* niepotrzebne skreślić

Wypełnia MOPS

Suma uzyskanych punktów:

Załączniki do wniosku:

Do I etapu

- Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
- Kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą.
- Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu.
- Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu).
- Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
- Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeżeli taka zgoda jest wymagana.
- Dowód osobisty (do wglądu).

Do II etapu

- Projekt i pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach).
- Rysunek (rzut z góry) stanu istniejącego.
- Rysunek (rzut z góry) stanu po zmianach.
- Kosztorys sporządzony wg KNR (Katalogów Nakładów Rzeczowych).
- Pełnomocnictwo przyjęte przez inwestora zastępczego.
- Wypis z ewidencji działalności gospodarczej (Wykonawca).
- Zaświadczenie z banku o numerze konta posiadanego przez firmę (Wykonawca).

.....
pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Z A Ś W I A D C Z E N I E

dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Rzeszowie w celu **dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych** ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1.Dane osoby, której dotyczy wniosek o przyznanie dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych ze środków PFRON

a) Imię i nazwisko.....

b) Data urodzenia.....

c) Miejsce zamieszkania.....

Nr PESEL ……..……

2. Rozpoznanie choroby zasadniczej:…….....

.....

.....

.....

osoba niepełnosprawna wymieniona w pkt 1 porusza się * (właściwe zaznaczyć):

- ☐ samodzielnie
- ☐ przy pomocy balkonika
- ☐ przy pomocy kul lub kuli
- ☐ wyłącznie na wózku inwalidzkim
- ☐ jest osobą leżącą wymagającą opieki osób drugich

- inne istotne informacje

.....

.....

....
miejscowość i data pieczęć i podpis lekarza