



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Data wpływu wniosku:

Nr sprawy:

RN.712. 20...



Miejski Ośrodek Pomocy
Społecznej w Rzeszowie

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

WNIOSEK

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

/wypełnia osoba niepełnosprawna/Przedstawiciel ustawy/Opiekun prawny/Pełnomocnik/

I.A. Dane dotyczące Wnioskodawcy (osoby z niepełnosprawnością):

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

I.C. Rodzaj niepełnosprawności ⁽¹⁾

1. dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2. osoba leżąca	
3. inna dysfunkcja narządów ruchu	
4. dysfunkcja narządów wzroku	
5. dysfunkcja narządów słuchu i/lub mowy	
6. autyzm	
7. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
8. 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* (zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy)	
5. rencista/emeryt niezainteresowany 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.....(podać 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. niepełnosprawny 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: 1 + 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

Uwaga: zasiłek wspierający pielęgnacyjny, rodzinny i wychowawczy, nie wlicza się do dochodu.

V. 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	
numer umowy	
rok w którym podpisano umowę	

(1) wstawić znak „x” we właściwej rubryce

IX. 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 zamieszkania/

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*

Oświadczenia:

- 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.
- W przypadku rezygnacji z dofinansowania zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić, w formie pisemnej o niniejszym fakcie Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Rzeszowie.
- Oświadczam, że ojciec/matka dziecka nie jest pozbawiony/a władzy rodzicielskiej i wyraża/ją zgodę na ubieganie się o dofinansowanie.
- Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny - oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się informować w formie pisemnej w ciągu 14 dni.
- Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych (RODO) w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Rzeszowie.
- Oświadczam, że o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem MOPS w Rzeszowie.

Przyjmuję do wiadomości, że:

- złożenie wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania,
- wnioski będą rozpatrywane po otrzymaniu przez powiat środków z PFRON.

Rzeszów, dnia.....

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

* niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej:

Do I etapu:

- 1) orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy lub inne orzeczenie równoważne, a w przypadku osób do lat 16 orzeczenie o niepełnosprawności (kopia, oryginał do wglądu),
- 2) orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy lub inne orzeczenie równoważne, a w przypadku osób do lat 16 orzeczenie o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą (kopia, oryginał do wglądu),
- 3) dowód osobisty (do wglądu),
- 4) aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności (na druku stanowiącym załącznik do wniosku),
- 5) udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych – własność, umowa najmu (kopia, oryginał do wglądu),
- 6) zaświadczenie o zatrudnieniu lub prowadzeniu działalności gospodarczej w przypadku osoby zatrudnionej lub prowadzącej działalność gospodarczą,
- 7) zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeżeli taka zgoda jest wymagana,
- 8) w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – wyrok sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (kopia, oryginał do wglądu),
- 9) w przypadku reprezentowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika – pełnomocnictwo notarialne (kopia, oryginał do wglądu).

Do II etapu:

- 1) projekt i pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach),
- 2) rysunek (rzut z góry) stanu istniejącego,
- 3) rysunek (rzut z góry) stanu po zmianach,
- 4) kosztorys sporządzony wg KNR (Katalogów Nakładów Rzeczowych),
- 5) wypis z ewidencji działalności gospodarczej.

Wypełnia MOPS

Suma uzyskanych punktów

.....
pieczętka 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 wnioszek 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 - okresowo na stałe

- przy pomocy kul lub kuli - okresowo na stałe

- za pomocą wózka inwalidzkiego - okresowo na stałe

- jest osobą leżącą wymagającą opieki osób drugih

- inne istotne informacje

.....
.....

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza