

Data wpływu:

Nr sprawy:

## WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **likwidacji barier w komunikowaniu się** w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

#### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Nr i seria dowodu osobistego, wydany przez, w dniu:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

#### ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Nr i seria dowodu osobistego, wydany przez, w dniu:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

**ADRES ZAMIESZKANIA**

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

**OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA**

Nazwa pola	Wartość
Postanowienie Sądu Rejonowego:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	

## OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA

Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

<b>Imię i Nazwisko:</b>	
<b>Z dnia:</b>	
<b>Repetitorium nr:</b>	

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: .....
<b>Numer orzeczenia:</b>	
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Niezdolność:</b>	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

<p><b>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</b></p>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<p><b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b></p>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

### ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne    wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy: .....**

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

### KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Oświadczam, że nie byłem/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie. Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku otrzymałem(łam), odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków Funduszu:

tak  
 nie

### CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON (do 95%)	
Deklarowane środki własne (min. 5% łącznego kosztu zadania)	

### FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Wartość
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

## Część C – Dane dodatkowe

### SYTUACJA ZAWODOWA

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
- Bezrobotny poszukujący pracy
- Rencista poszukujący pracy
- Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
- Dzieci i młodzież do lat 18
- Inne / jakie?

## OŚWIADCZENIE

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, 1517.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 poz. 1000).

Oświadczam, że zostałam/łem poinformowany, że: rozpatrzenie wniosku nastąpi – po określeniu limitu środków PFRON przez Radę Miasta Bydgoszczy w roku złożenia wniosku.

Dofinansowanie udzielane jest na podstawie umowy cywilno–prawnej, nie jest to decyzja administracyjna w myśl art. 104 Kpa i nie przysługują od niej środki odwoławcze przewidziane przepisami kodeksu postępowania administracyjnego.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

## ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
1.	Ksero orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
2.	Klauzula Informacyjna
3.	Oświadczenie o dochodach (wg wzoru)
4.	Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju posiadanych schorzeń utrudniających wykonywanie codziennych czynności wraz z opisem funkcjonalnym
5.	W przypadku, gdy Wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy załączyć odpowiednio kserokopię uwierzytelnionego pełnomocnictwa lub postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego
6.	Oferta cenowa/faktura pro forma (ze sklepu medycznego)

Załącznik do wniosku o dofinansowanie do likwidacji barier:

- a architektonicznych,
- b w komunikowaniu się i technicznych.

### OŚWIADCZENIE

Wnioskodawcy o dochodach w gospodarstwie domowym<sup>1</sup>

Ja niżej podpisany(a) ..... zamieszkały(a)  
85- ..... Bydgoszcz,  
ulica: .....,

oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Lp.	Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Wiek	Średni miesięczny dochód (za rok ubiegły)
Dane dotyczące Wnioskodawcy:					
1.			<b>XXXXXX</b>	<b>XX</b>	
Dane dotyczące wspólnego gospodarstwa domowego:					
2.					
3.					
4.					
5.					
<b>Razem:</b>					

W przypadku osób prowadzących samodzielnie gospodarstwo, do oświadczenia należy wpisać tylko wnioskodawcę.

- 1** Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1,2,3 i 4 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, 1517.) oświadczam, że:
- 2** Przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za rok ubiegły podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, wynosi .....
- 3** Wnioskodawca zobowiązuje się na prośbę Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy dostarczyć dokumenty potwierdzające wysokość uzyskiwania dochodów.
- 4** Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.
- 5** Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych oświadczam, że dane zawarte we wniosku o dofinansowanie oraz niniejszym załączniku są zgodne z prawdą.

Bydgoszcz, dnia ...../...../.....r.

.....  
(Podpis wnioskodawcy /opiekuna prawnego)

1. Przypis nr 1
  2. Przeciętny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, to miesięczny dochód rodziny pomniejszony o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.
  3. Do najbliższej rodziny pozostającej we wspólnym gospodarstwie domowym, zalicza się obok Wnioskodawcy:
  4. a) dzieci Wnioskodawcy (do ukończenia 18 roku życia, a w przypadku pobierania nauki do ukończenia 25 lat, z tym że niepełnosprawne dzieci Wnioskodawcy – bez względu na wiek), b) współmałżonka Wnioskodawcy.
  5. - W przypadku Wnioskodawców uczących się, do wspólnego gospodarstwa domowego zalicza się również rodziców lub opiekunów oraz rodzeństwo, z zastrzeżeniem sytuacji opisanych w ust. 3.
  6. Wnioskodawca pozostający w związku małżeńskim i zamieszkujący razem ze swoimi rodzicami, składa niniejsze oświadczenie w oparciu o sytuację materialną własnego gospodarstwa domowego, odrębnego od rodziców, jeżeli małżeństwo posiada źródło stałych dochodów, innych niż otrzymywane od rodziców (opiekunów) na mocy obowiązku alimentacyjnego, tj. obowiązku dostarczania środków utrzymania,
  7. Wnioskodawca nie posiadający źródeł dochodów, pozostający w związku małżeńskim i nieprowadzący własnego gospodarstwa domowego, którego współmałżonek nie posiada żadnych źródeł dochodów, składa niniejsze oświadczenie, wyliczone na podstawie dochodów gospodarstwa domowego rodziców. Jeżeli Wnioskodawca posiada dziecko na utrzymaniu, to dziecko można zaliczyć do wspólnego gospodarstwa rodziców Wnioskodawcy. Do wspólnego gospodarstwa nie wlicza się wtedy współmałżonka Wnioskodawcy.
  8. Wnioskodawca, który prowadzi własne gospodarstwo domowe i posiada własne stałe dochody, składa niniejsze oświadczenie wyliczone na podstawie własnych dochodów. Za własne gospodarstwo domowe uważa się gospodarstwo, gdzie Wnioskodawca mieszka samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu. Przypis nr 2
- 
- 1 Art. 233. § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.
- § 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.
- § 3. Nie podlega karze, kto, nie wiedząc o prawie odmowy zeznania lub odpowiedzi na pytania, składa fałszywe zeznanie z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu.
- § 4. Kto, jako biegły, rzeczoznawca lub tłumacz, przedstawia fałszywą opinię lub tłumaczenie mające służyć za dowód w postępowaniu określonym w § 1, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Bydgoszcz,

dnia ...../...../.....r.

.....  
Podpis Wnioskodawcy /Opiekuna prawnego

## Klauzula Informacyjna

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 04.05.2016 r.) zwane ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych RODO informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Bydgoszczy ul. Ogrodowa 9.
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy możliwy jest pod adresem email: [iod@mopsbydgoszcz.pl](mailto:iod@mopsbydgoszcz.pl)
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie: art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych RODO w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych
- 4) kategoria danych osobowych: dane osobowe zwykłe / dane szczególnych kategorii
- 5) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
- 6) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą u Administratora zgodnie z Zarządzeniem Nr 66/2014 Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej Bydgoszczy z dnia 18 grudnia 2014 r. w sprawie wprowadzenia Instrukcji Kancelaryjnej, Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt i Instrukcji Archiwalnej dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy z późn. zm.
- 7) posiada Pani/Pan prawo do: żądania od Administratora dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem.
- 8) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 9) podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym wynikającym z ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało wezwaniem do ich uzupełnienia, a w przypadku nieuzupełnienia pozostawieniem wniosku bez rozpoznania.
- 10) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego, ani do organizacji międzynarodowej.
- 11) Przetwarzanie Pani/Pana danych nie będzie podlegało zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy  
**dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i**  
**technicznych ze środków PFRON**  
/Proszę wypełnić w języku polskim/

Imię i Nazwisko pacjenta

.....

data urodzenia (pesel)

.....

1. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

.....

.....

.....

.....

.....

2. Trudności w komunikowaniu się, lub bariery techniczne związane zrodzajem dysfunkcji:

.....

.....

.....

.....

.....

3. Uzasadnienie zakupu sprzętu lub rozwiązań technicznych zaproponowanych przez Osobę niepełnosprawną

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

.....  
(data i podpis lekarza  
wystawiającego zaświadczenie)

**Adnotacje przyjmującego wniosek:**

I. Opinia merytoryczna dotycząca poprawności rozwiązań technicznych kosztów likwidacji barier.

.....  
.....

.....  
Data i podpis

II. Opinia Komisji o przyznaniu dofinansowania

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

.....  
(data)

Podpisy członków komisji

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

