

Data wpływu:

Nr sprawy:

WNIOSEK

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

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
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:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

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

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<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
Rodzaj niepełnosprawności:	<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>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:</p>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<p>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</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:.....

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa pola	Wartość
<p>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</p>	
<p>Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):</p>	
<p>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:</p>	
<p>co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:</p>	
<p>Deklarowane środki własne:</p>	

WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

Nazwa pola	Wartość
Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	
Miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji:	

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:	

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Budynek:	<input type="checkbox"/> dom jednorodzinny <input type="checkbox"/> wielorodzinny prywatny <input type="checkbox"/> wielorodzinny komunalny <input type="checkbox"/> wielorodzinny spółdzielczy
Ilość pięter:	<input type="checkbox"/> budynek parterowy <input type="checkbox"/> piętrowy <input type="checkbox"/> mieszkanie na piętrze (którym?):
Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:	
Liczba pokoi: <input type="checkbox"/> + kuchnia <input type="checkbox"/> + łazienka, <input type="checkbox"/> + wc
Łazienka jest wyposażona w:	<input type="checkbox"/> wannę, <input type="checkbox"/> brodzik, <input type="checkbox"/> kabinę prysznicową, <input type="checkbox"/> umywalkę

W mieszkaniu jest:	<input type="checkbox"/> instalacja wody zimnej, <input type="checkbox"/> ciepłej, <input type="checkbox"/> kanalizacja, <input type="checkbox"/> centralne ogrzewanie, <input type="checkbox"/> prąd, <input type="checkbox"/> gaz
Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:	

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.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności wnioskodawcy.
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację rodzaju posiadanych schorzeń utrudniających poruszanie się, wraz z opisem funkcjonalnym osoby niepełnosprawnej.
4. Kserokopia dokumentu potwierdzającego tytuł prawny do lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych np. akt notarialny, umowa najmu.
5. Zaświadczenie o braku zaległości w opłacie czynszu lub podatku od nieruchomości wystawione przez właściwą instytucję.
6. Pisemna zgoda właściciela budynku na wykonanie robót we wnioskowanym zakresie.
7. Szkic pomieszczeń, których dotyczy likwidacja barier architektonicznych (z podaniem ich wymiarów, obecnego i projektowanego układu funkcjonalnego).
8. W przypadku, gdy Wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego, do wniosku należy załączyć odpowiednio kserokopię uwierzytelnionego pełnomocnictwa lub postanowienia Sądu o ustaleniu opiekuna prawnego.
9. Oświadczenie o dochodach sporządzone wg załącznika do wniosku.

Załącznik do wniosku o dofinansowanie do likwidacji barier:

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

OŚWIADCZENIE

Wnioskodawcy o dochodach w gospodarstwie domowym¹

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.			XXXXXX	XX	
Dane dotyczące wspólnego gospodarstwa domowego:					
2.					
3.					
4.					
5.					
Razem:					

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. Przepiętny 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

Adnotacje przyjmującego wniosek:

I. Opinia pracownika merytorycznego dotycząca poprawności rozwiązań technicznych kosztów likwidacji barier .

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

II Opinia Komisji o przyznaniu dofinansowania

Data i podpis

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

.....

Podpisy członków Komisji:

Data

1.
2.
3.
4.
5.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy
dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych ze środków
PFRON

/Proszę wypełnić w języku polskim/

I mię i Nazwisko pacjenta

.....

data urodzenia (pesel)

.....

1. Rozpoznanie i opis choroby powodującej trudności w poruszaniu się:

.....

.....

.....

2. Opis rodzaju trudności w poruszaniu się:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Zalecenia dotyczące likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej)

(data i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)

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
- 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 w 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.