



**MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
W ŁODZI**

Wydział ds. Rehabilitacji Społecznej
Osób Niepełnosprawnych
90-012 Łódź, ul. Kilińskiego 102/102A
NIP 725-00-28-902, tel. (42) 685 43 55

Data

nr wniosku

Liczba punktów

WNIOSEK

**O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH
W MIEJSCU ZAMIESZKANIA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

(Proszę wypełnić drukowanymi literami)

I: Dane Wnioskodawcy – osoby z niepełnosprawnościami

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania: Łódź (kod) ul.

Telefon: e-mail

PESEL:

**II: Dane przedstawiciela ustawowego dziecka, opiekuna prawnego lub pełnomocnika
Wnioskodawcy (wypełnij jeżeli dotyczy)**

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania: Łódź (kod) ul.

Telefon: e-mail

PESEL:

Podstawa prawna do reprezentowania dziecka / podopiecznego / Wnioskodawcy

- ☐ akt urodzenia dziecka (tylko w przypadku, kiedy składasz wniosek po upływie więcej niż 5 lat od poprzedniego wniosku)
- ☐ zaświadczenie sądowe Sygn. Akt
- ☐ pełnomocnictwo notarialne albo z podpisem notarialnie poświadczonym
Repertorium A nr z dnia

III: Informacje o niepełnosprawności

Posiadane orzeczenie

- a) o stopniu niepełnosprawności ☐ znacznym ☐ umiarkowanym ☐ lekkim
- b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów ☐ I ☐ II ☐ III
- c) ☐ o niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji ☐ o całkowitej niezdolności do pracy
☐ o częściowej niezdolności do pracy ☐ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym
- d) ☐ o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

Jaki masz rodzaj niepełnosprawności

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku, wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk
- ☐ inna dysfunkcja narządu ruchu
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku
- ☐ inna niepełnosprawność / dysfunkcja (jaka ?)

IV: Jaka jest Twoja sytuacja zawodowa

- ☐ dziecko do 18 roku życia
- ☐ osoba w wieku od 18 do 24 lat - ucząca się lub studiująca
- ☐ zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą
- ☐ bezrobotny poszukujący pracy zarejestrowany w urzędzie pracy
- ☐ rencista / emeryt

V: Jaka jest Twoja sytuacja mieszkaniowa

1. Rodzaj budynku:

- ☐ dom jednorodzinny ☐ wielorodzinny prywatny
- ☐ wielorodzinny komunalny ☐ wielorodzinny spółdzielczy
- ☐ inne:

2. Podstawa prawna zamieszkania:

- ☐ mieszkanie własnościowe – akt notarialny
- ☐ mieszkanie komunalne – umowa najmu
- ☐ wynajem od osoby prywatnej – umowa najmu
- ☐ inne:

3. Opis mieszkania:

piętro liczba pokoi

☐ łazienka i wc – w oddzielnych pomieszczeniach	☐ z łazienką bez wc
☐ łazienka i wc - w jednym pomieszczeniu	☐ z wc bez łazienki
☐ z kuchnią	☐ bez kuchni
☐ inne	

4. Łazienka jest wyposażona w:

☐ wannę	☐ umywalkę
☐ kabinę prysznicową	☐ inne:

5. W mieszkaniu jest:

☐ instalacja wody zimnej	☐ instalacja wody ciepłej
☐ kanalizacja	☐ centralne ogrzewanie (<i>jakie</i>).....
☐ prąd	☐ gaz

6. Mieszkam:

☐ samotnie
☐ z rodziną
☐ z osobami niespokrewnionymi

Osoby, które wspólnie z Tobą zamieszkują (w tym inne osoby z niepełnosprawnością):

Imię i nazwisko	Pokrewieństwo	Niepełnosprawność	
		stopień	rodzaj
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

VI: Czy Wnioskodawca jest dzieckiem umieszczonym w pieczy zastępczej:

☐ tak
☐ nie

VII: Czy w okresie od 01.01.2025 r. do dnia złożenia wniosku korzystałeś/aś z pomocy w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych:

☐ korzystałem/am
☐ nie korzystałem/am

VIII: Jakie bariery chcesz zlikwidować?

Miejsce (np. łazienka, wc., pokój, przedpokój itp.) i cel (np. likwidacja progów, wymiana wanny na niski brodzik, zakup podnośnika, zakup schodolazu, montaż windy itp.) likwidacji barier architektonicznych:

Wykaz jakie planujesz inwestycje i zakupy w celu likwidacji barier:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

.....

IX: Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):

(słownie złotych:)

X: Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:

(słownie złotych:)

Inne informacje:

.....

.....

.....

Informacje dotyczące dofinansowania:

- Twój wniosek będzie rozpatrzony po przyjęciu przez Radę Miejską w Łodzi podziału środków PFRON w danym roku kalendarzowym.
- Dofinansowanie wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia.
- Twój udział własny wynosi nie mniej niż 5%.
- Dofinansowanie nie obejmuje zakupów i robót poniesionych przed przyznaniem dofinansowania i zawarciem umowy z MOPS w Łodzi.
- Przyznane dofinansowanie możesz wykorzystać tylko w roku kalendarzowym, w którym złożyłeś wniosek.
- Jeżeli nie otrzymałeś dofinansowania w tym roku, a nadal jesteś zainteresowany uzyskaniem pomocy, to w przyszłym roku musisz złożyć nowy wniosek wraz z załącznikami.
- Jeżeli nastąpiły jakieś zmiany po złożeniu wniosku należy je zgłosić do MOPS w Łodzi, w ciągu 14 dni.

XI: Oświadczenie o twoich dochodach

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód (kwota netto wynagrodzenia, emerytury, renty lub innego dochodu, który jest opodatkowany), w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosił:

		Średni miesięczny dochód netto
1.	Wnioskodawca:	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:		X
2.		+
3.		+
4.		+
5.		+
RAZEM		=
Średni miesięczny dochód przypadający na 1 osobę w gospodarstwie domowym (kwota z wiersza RAZEM podzielona przez liczbę osób).		

Wzór: sposób wyliczenia średniego miesięcznego dochodu netto przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

$$\begin{array}{l} \text{średni miesięczny dochód netto} \\ \text{przypadający na jedną osobę} \\ \text{pozostającą we wspólnym} \\ \text{gospodarstwie domowym} \\ \text{z Wnioskodawcą} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{łączny średni miesięczny dochód netto wykazany} \\ \text{w wierszu „Razem” w tabeli niniejszego} \\ \text{Oświadczenia} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana} \\ \text{w tabeli niniejszego Oświadczenia} \end{array}}$$

Do dochodu nie wlicza się: zasiłku pielęgnacyjnego, świadczenia pielęgnacyjnego oraz 800+.

Do dochodu wliczają się pozostałe świadczenia, np.: renta, emerytura, zasiłek opiekuńczy, alimenty itd.

XII: Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

Oświadczam, że korzystałem/am ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (np. turnus rehabilitacyjny, sprzęt rehabilitacyjny, sprzęt elektroniczny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze itp.)		☐ TAK	☐ NIE
Przedmiot dofinansowania	Data zawarcia umowy (rok)	Kwota przyznana (w zł)	Stan rozliczenia umowy (rozliczona / nierozliczona)

Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłem/am w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

**Informacje dla osób, których dane osobowe przetwarzane są
w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Łodzi w ramach zadań PFRON:**

Tożsamość administratora i informacje ogólne

Administratorem Państwa danych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łodzi, z siedzibą przy ulicy Kilińskiego 102/102a; tel.: (42) 685 43 62, (42) 685 43 63;

Adres e-mail: sekretariat@mops.lodz.pl

Elektroniczna Skrzynka Podawcza - ePUAP: /0eqfd766vi/SkrytkaESP

Adres do e-doręczeń: AE:PL-47913-77929-ATRGH-26

Państwa dane zbierane są w celu realizacji zadań ustawowych i posłużą do ustalenia uprawnień do skorzystania z pomocy - dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Zgłaszając się do Ośrodka mają Państwo obowiązek podać wszelkie informacje potrzebne do rzetelnego ustalenia Państwa sytuacji. Niepodanie niezbędnych danych będzie skutkowało odmową udzielenia pomocy. Państwa dane nie będą podlegać przetwarzaniu w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Okres przetwarzania

Zebrane dane będziemy przetwarzać przez okres potrzebny do realizacji celu oraz będą przechowywane w ustawowym okresie archiwizacji w uzgodnieniu z archiwum państwowym. Na dzień wydania niniejszej informacji okres ten wynosi 5 lat.

Inspektor Ochrony Danych

W sprawach związanych z przetwarzaniem przez MOPS w Łodzi danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych za pomocą poczty elektronicznej pod adresem: ochronadanych@mops.lodz.pl; telefonicznie pod numerem 507 434 336 lub pisemnie na adres siedziby administratora.

Kategorie odbiorców

Państwa dane mogą być przekazywane innym podmiotom, z którym MOPS w Łodzi zawiera umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (np. dostawca usług elektronicznych, firmy serwisowe), a także podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa, np. PFRON, Sądy, Prokuratury, Ośrodkom Pomocy Społecznej, NIK, Urzędy Skarbowe.

Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.

Prawa i skarga do Urzędu Ochrony Danych Osobowych

W związku z przetwarzaniem danych osobowych mają Państwo prawo do dostępu do swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu oraz usunięcia, jeśli minął czas w jakim przepisy prawa zobowiązują Ośrodek do ich archiwizowania.

Ponadto mają Państwo prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie.

Podstawa prawna

Będziemy przetwarzać Państwa dane osobowe w związku z realizacją obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) oraz wykonywaniem przez administratora zadań realizowanych w interesie publicznym lub sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi (art. 6 ust. 1 lit. e RODO).

Przetwarzania danych osobowych szczególnych kategorii, np. dotyczących zdrowia, ze względu na ważny interes publiczny, podstawą prawną przetwarzania jest art. 9 ust. 2 lit. g RODO.

Przetwarzanie danych osobowych niezbędne do wykonania umowy odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO.

Oświadczam, że informacje podane we wniosku są zgodne z prawdą oraz, że znane mi są regulacje prawne odnoszące się do przedkładania nieprawdziwych informacji oraz ponoszenia odpowiedzialności za nią.

Łódź, dnia

(podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika)

**Jeżeli składasz wniosek o dofinansowanie
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby
niepełnosprawnej wraz z nim musisz złożyć następujące załączniki:**

1. Kopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.
2. Kopie orzeczeń o stopniu niepełnosprawności osób zamieszkających wspólnie z Tobą – jeżeli dotyczy.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie (wystawione do 3 miesięcy przed złożeniem wniosku) zawierające informację o rodzaju dysfunkcji i sposobie poruszania się, wystawione przez:
 - lekarza pierwszego kontaktu (rodzinnego) – jeżeli orzeczenie wydane jest z powodu dysfunkcji: wzroku (04-O), ruchu (05-R) lub neurologicznej (10-N);
 - lekarza specjalistę: neurologa, ortopedę, traumatologa lub rehabilitanta – w każdym innym przypadku.
4. Kopię udokumentowanej podstawy prawnej zamieszkania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych, np. akt własności, umowa najmu, wypis z księgi wieczystej.
5. Zgoda współwłaściciela/li lokalu na likwidację barier architektonicznych – jeżeli dotyczy.
6. Kopia aktu urodzenia dziecka (tylko w przypadku, kiedy składasz wniosek więcej niż 5 lat) – dotyczy osób do 18 roku życia.
7. Zaświadczenie o pobieraniu nauki lub kopię aktualnej legitymacji szkolnej – w przypadku jeżeli uczysz się.
8. Zaświadczenie z zakładu pracy potwierdzające Twoje zatrudnienie (w przypadku osoby pracującej).
9. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku jeżeli jesteś osobą bezrobotną lub poszukującą pracy.
10. Faktura pro-forma lub oferta cenowa od sprzedawcy jeżeli przedmiotem wniosku jest zakup sprzętu, np.: schodolaza, podnośnika, windy pionowej itd.
11. Kopię postanowienia Sądu Rejonowego o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej, pełnomocnictwa w formie aktu notarialnego lub z podpisem notarialnie poświadczonym – jeżeli dotyczy.

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łodzi, jeżeli jest to uzasadnione okolicznościami sprawy, na każdym etapie rozpatrywania sprawy może zażądać od strony składającej kopię dokumentu, przedłożenia oryginału tego dokumentu.

DECYZJA ZESPOŁU OPINIUJĄCEGO WNIOSKI I KOMISJA:

Kwota:

Przyznano dofinansowanie do

☐

POZYTYWNA

☐

NEGATYWNA

.....

DECYZJA ZESPOŁU OPINIUJĄCEGO WNIOSKI II KOMISJA:

Kwota:

Przyznano dofinansowanie do

☐

POZYTYWNA

☐

NEGATYWNA

.....