

do regulaminu udzielania osobom niepełnosprawnym dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na likwidację barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.



**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

ilość 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 dotyczące Wnioskodawcy.

1. Imię i nazwisko

Adres zamieszkania KOD ul.

Telefon: e-mail

PESEL:

Numer rachunku bankowego

Dane właściciela rachunku bankowego

I. Stopień niepełnosprawności

1. znaczny	
• inwalidzi I grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
• osoby w wieku do lat 16 (w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany	
• inwalidzi II grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy	
• inwalidzi III grupy ze względu na głuchotę lub głuchoniemotę	
3. lekki	
• pozostali inwalidzi III grupy	
• osoby częściowo niezdolne do pracy	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

do regulaminu udzielania osobom niepełnosprawnym dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na likwidację barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

I.B. Rodzaj niepełnosprawności

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

II. Sytuacja zawodowa

1. zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą	
2. osoba w wieku od 18 do 24 lat (ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca)	
3. bezrobotny poszukujący pracy / rencista poszukujący pracy	
4. rencista (emeryt) niezainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

III. Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik MOPS)

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

IV. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania

1. Rodzaj budynku:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> dom jednorodzinny | <input type="checkbox"/> wielorodzinny prywatny |
| <input type="checkbox"/> wielorodzinny komunalny | <input type="checkbox"/> wielorodzinny spółdzielczy |
| <input type="checkbox"/> inne | |

2. budynek parterowy budynek piętrowy
piętro

3. Opis mieszkania:
liczba pokoi

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> z kuchnią | <input type="checkbox"/> bez kuchni |
| <input type="checkbox"/> z łazienką | <input type="checkbox"/> bez łazienki |
| <input type="checkbox"/> z WC | <input type="checkbox"/> bez WC |

4. Łazienka jest wyposażona w:

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> wannę | <input type="checkbox"/> brodzik |
| <input type="checkbox"/> kabinę prysznicową | <input type="checkbox"/> umywalkę |

do regulaminu udzielania osobom niepełnosprawnym dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na likwidację barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

5. W mieszkaniu jest:

- instalacja wody zimnej instalacja wody ciepłej
- kanalizacja centralne ogrzewanie
- prąd gaz

6. Inne informacje:

.....

.....

.....

.....

.....

V. Sytuacja mieszkaniowa - zamieszkuje

1 samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami niespokrewnionymi	

VI. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym inne osoby niepełnosprawne)

Imię i nazwisko	Pokrewieństwo	Niepełnosprawność	
		stopień	rodzaj
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

VII. Miejsce i cel likwidacji barier architektonicznych:

.....

.....

VIII. Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

do regulaminu udzielania osobom niepełnosprawnym dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na likwidację barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

IX. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

.....

X. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania:

(słownie złotych:))

XI. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego, pełnomocnika (proszę wypełnić drukowanymi literami):

Imię i nazwisko

PESEL:

Adres zamieszkania Kod

ustanowiony opiekunem / pełnomocnikiem

- postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia sygn. akt

- na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza z dnia

Repet. Nr

- **Osoba niepełnosprawna może złożyć wniosek z kompletem załączników w każdym czasie.**
- **O dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej, mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli posiadają co najmniej 5% środków finansowych niezbędnych do realizacji wymienionego we wniosku zadania.**
- **Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie kosztów likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej ze środków Funduszu.**
- **Realizacja zadania następuje w okresie roku kalendarzowego, w którym został złożony wniosek. Wnioski niezrealizowane nie przechodzą do realizacji na rok następny. Wnioskodawcy, którzy nie uzyskali dofinansowania w danym roku kalendarzowym chcąc ubiegać się o dofinansowanie składają ponownie w roku następnym wniosek wraz kompletem wymaganych załączników.**
- **O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązują się informować w ciągu 14 dni.**

Oświadczam, że wszelkie dane ujawnione we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Jednocześnie oświadczam, że znane mi są regulacje prawne odnoszące się do przedkładania nieprawdziwych informacji oraz odpowiedzialność z nią związana.

Łódź, dnia

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

do regulaminu udzielania osobom niepełnosprawnym dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na likwidację barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej.

Decyzja Zespołu opiniującego wnioski I KOMISJA:

Kwota:

POZYTYWNA

NEGATYWNA

z dnia

Decyzja Zespołu opiniującego wnioski II KOMISJA:

Kwota:

POZYTYWNA

NEGATYWNA

z dnia

Załączniki wymagane do wniosku:

1. Informacje dla osób oraz rodzin, których dane osobowe przetwarzane są w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Łodzi w ramach zadań PFRON.
2. Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu), o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1172 ze zm.).
3. Kopie orzeczeń o niepełnosprawności (oryginały do wglądu) osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
4. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju dysfunkcji i sposobie poruszania się (na wózku inwalidzkim samodzielnie lub przy pomocy osób trzecich, o kulach, przy balkoniku, samodzielnie, osoba leżąca).
5. Kopia (oryginał do wglądu) udokumentowanej podstawy prawnej zamieszkania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (akt własności, umowa najmu, wypis z księgi wieczystej).
6. Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą oraz o korzystaniu ze środków PFRON. MOPS w Łodzi może zobowiązać Wnioskodawcę do udokumentowania wysokości uzyskiwanych dochodów.
7. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
8. Zaświadczenie z zakładu pracy potwierdzające zatrudnienie w przypadku osoby pracującej.
9. Zaświadczenie o pobieraniu nauki lub kserokopia aktualnej legitymacji szkolnej (oryginał do wglądu) – w przypadku osoby uczącej się.
10. Kopia aktu urodzenia (oryginał do wglądu) z potwierdzonym adresem zameldowania oraz dowód osobisty przedstawiciela ustawowego – w przypadku Wnioskodawcy poniżej 18 roku życia.
11. Dowód osobisty Wnioskodawcy do wglądu.
12. Faktura pro forma lub oferta cenowa od sprzedawcy (dotyczy zakupu sprzętu).
13. Zgoda współwłaściciela/li lokalu.
14. Kopia postanowienia Sądu Rejonowego o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej, pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza (oryginał do wglądu).

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

Informacje ogólne



Administratorem Państwa danych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łodzi, z siedzibą przy ulicy Kilińskiego 102/102a.

Wszelkie dane otrzymane od Państwa posłużą do ustalenia uprawnień do dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i tylko w takim celu będą wykorzystywane.

Zgłaszając się do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej mają Państwo obowiązek podać wszelkie informacje potrzebne do rzetelnego ustalenia Państwa sytuacji.

Niepodanie danych może skutkować odmową udzielenia dofinansowania. Państwa dane nie będą podlegały przetwarzaniu zautomatyzowanemu ani nie będą przekazywane do państw trzecich.

Okres przetwarzania



Zebrane dane będziemy przetwarzać przez okres potrzebny do realizacji celu, lecz nie krócej niż określają to przepisy o archiwizacji.

Inspektor Ochrony Danych



We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem przez MOPS w Łodzi danych osobowych można się kontaktować z Inspektorem Danych Osobowych za pomocą poczty elektronicznej pod adresem:

ochronadanych@mops.lodz.pl

Więcej informacji znajduje się na stronie internetowej:

<https://mops.uml.lodz.pl/informacje/ochrona-danych/>

Kategorie odbiorców



Na podstawie umów powierzenia danych oraz odrębnych przepisów będziemy przekazywać Państwa dane następującym kategoriom odbiorców: PFRON, agencje usługowo-opiekuńcze, placówki oświatowe, firmy serwisowe oraz organizacje pozarządowe, z którymi Ośrodek podpisał umowy na realizację zadań publicznych.

Prawa i skarga do Urzędu Ochrony Danych Osobowych



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

Ponadto mają Państwo prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO).

Podstawa prawna



- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2019 poz. 1172).
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz.U. 2015 poz. 926).
- Ustawa z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. 2018 poz. 217).

Łódź, dniar.

Podpis.....

Oświadczenie

Wnioskodawcy ubiegającego się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, będących w dyspozycji Prezydenta Miasta Łodzi likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnych.

Dla: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łodzi, 90-012 Łódź, ul. Kilińskiego 102/102A

Ja, niżej podpisany(a)

zamieszkały(a)

oświadczam, że:

- razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby, których dochód wynosił:**

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Dochód miesięczny*
1. Wnioskodawca		
2.		
3.		
4.		
5.		
RAZEM		
Średni miesięczny dochód przypadający na 1 osobę w gospodarstwie domowym		

W przypadku osób prowadzących samodzielne gospodarstwo domowe do oświadczenia należy wpisać tylko Wnioskodawcę.

- korzystałem(am) ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat:

Cel	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana w zł	Stan rozliczenia umowy

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.

Informacja:

Od 25 maja 2018 roku obowiązuje Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (RODO).

Informacja dla osób oraz rodzin, których dane osobowe przetwarzane są w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Łodzi, są załącznikiem do niniejszego wniosku.

Łódź, dnia

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

***Średni miesięczny dochód**

Zgodnie z § 5 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25.06.2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatów, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1952 ze zm.) przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (ustawa z dnia 28.11.2003 r. o świadczeniach rodzinnych, Dz.U. z dnia 2018 r. poz. 2220 ze zm.), podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczonym za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

Stempel Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub Gabinetu Lekarskiego

.....
Dnia

Zaświadczenie Lekarskie

Do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON będących w dyspozycji MOPS w Łodzi
likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Rodzaj dysfunkcji:

.....
.....

Sposób poruszania się:

- osoba leżąca
- na wózku inwalidzkim
- po amputacji kończyn
- przy pomocy kul
- przy pomocy balkoniku
- przy pomocy osób trzecich
- samodzielnie

Dodatkowe informacje:

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

Podpis i pieczęć Lekarza

.....

Zgoda

Ja niżej podpisana/y będący współwłaścicielem
nieruchomości / lokalu położonego w Łodzi
wyrażam zgodę na likwidację barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby
niepełnosprawnej dla

Łódź, dnia.....

.....

Podpis/y