



Data

nr wniosku

**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. 42 685-43-53; fax 42 632-41-30

**WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych**

(wypełnia osoba niepełnosprawna drukowanymi literami)

I: Dane dotyczące Wnioskodawcy

1. Imię i nazwisko

Adres zamieszkania Kod

Telefon: PESEL:

II: Zakres dofinansowania

Proszę o dofinansowanie

.....

.....

należy podać nazwę urządzenia (ewentualny montaż), rodzaj usługi

o łącznej kwocie

III: Informacje o Wnioskodawcy

1. Stopień niepełnosprawności: *

1. Znaczny	
2. Umiarkowany	
3. Lekki	

2. Rodzaj niepełnosprawności: *

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI			
<input type="checkbox"/> 05-R NARZĄD RUCHU, w zakresie: <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej <input type="checkbox"/> innym, jakie			
Wnioskodawca porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Wnioskodawca porusza się przy pomocy balkonika <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Wnioskodawca porusza się przy pomocy kul łokciowych <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Inne			
<input type="checkbox"/> 04-O NARZĄD WZROKU <input type="checkbox"/> osoba słabowidząca <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba niedowidząca inne, jakie	<input type="checkbox"/> 03-L <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba słabosłysząca <input type="checkbox"/> zaburzenia głosu <input type="checkbox"/> zaburzenia mowy	<input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne jakie	
<input type="checkbox"/> INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy symbol):			
<input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia	<input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo-płciowego	<input type="checkbox"/> 11-I inne Jakie
<input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne	<input type="checkbox"/> 06-E epilepsja	<input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego	<input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

3. Sytuacja zawodowa: *

1. zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą **	
2. osoba ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca	
3. bezrobotny poszukujący pracy/rencista poszukujący pracy **	
4. rencista (emeryt), nie zainteresowany podjęciem pracy **	
5. dzieci i młodzież do lat 18	
6. osoby przebywające na zasiłku (wymienić jaki))	

4. W jakim stopniu wnioskowane urządzenia/sprzęt umożliwią lub w znacznym stopniu ułatwią wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem z uwagi na potrzeby wynikające z niepełnosprawności (proszę uzasadnić potrzebę wnioskowanego urządzenia/sprzętu):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*proszę wstawić (X) we właściwej rubryce
** niepotrzebne skreślić

5. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub 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

6. Średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek (*wypełnia pracownik MOPS w Łodzi na podstawie oświadczenia Wnioskodawcy*):.....

7. Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON (*wypełnia pracownik MOPS w Łodzi na podstawie oświadczenia Wnioskodawcy*):

.....
(cel, nr i data zawarcia umowy, kwota przyznana, stan rozliczenia)

Uwagi:

- Osoba niepełnosprawna może złożyć wniosek z kompletem załączników w każdym czasie.
- Dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli posiadają co najmniej 5% środków finansowych niezbędnych do realizacji wymienionego we wniosku zadania.

Oświadczam, że:

- w przypadku zmiany danych podanych w niniejszym wniosku zobowiązuję się poinformować MOPS w Łodzi w ciągu 14 dni od zaistniałej sytuacji,
- przyjmuję do wiadomości, że złożenie niniejszego wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania,
- przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie kosztów likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych ze środków Funduszu.

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/pełnomocnika)

Adnotacje przyjmującego wniosek (wypełnia pracownik MOPS):

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

Załączniki wymagane do wniosku:

1. Informacja 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 2018 r. poz. 1076).
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, uzasadniające posiadanie wnioskowanego sprzętu w ramach likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych.
4. 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.
5. Dowód osobisty Wnioskodawcy do wglądu.
6. Faktura pro forma.
7. Kopia pełnomocnictwa do reprezentowania Wnioskodawcy potwierdzenie przez notariusza (**oryginał do wglądu**).
8. Kopia aktu urodzenia dziecka (**oryginał do wglądu**).
9. Kopia postanowienie sądowe o ustanowieniu opieki prawnej dla osoby ubezwłasnowolnionej (**oryginał do wglądu**).

Załączniki dodatkowe:

- zaświadczenie z miejsca pracy o zatrudnieniu,
- zaświadczenie ze szkoły bądź uczelni o pobieraniu nauki,
- w przypadku dzieci opinia pedagoga szkolnego lub psychologa,
- zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.

Decyzja Zespołu opiniującego wnioski:

pozytywna

negatywna

z dnia

pozytywna

negatywna

z dnia