

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 .....

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 (*jakie*).....  
 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 01.01.2023 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 schodołazu, 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:**

- 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:		<b>X</b>
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 500+.**

*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		<input type="checkbox"/>	TAK
(np. turnus rehabilitacyjny, sprzęt rehabilitacyjny, sprzęt elektroniczny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze itp.)		<input type="checkbox"/>	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 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 podlegać 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](mailto: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. 2023 r. poz. 100, 173, 240, 852, 1234 i 1429).
- 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. 2020 poz. 164).

### 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,

**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 (*oryginał do wglądu*).
2. Kopie orzeczeń o stopniu niepełnosprawności osób zamieszkających wspólnie z Tobą (*oryginały do wglądu*) – 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 (*oryginał do wglądu*).
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 (*oryginał do wglądu*).
7. Zaświadczenie o pobieraniu nauki lub kopię aktualnej legitymacji szkolnej (*oryginał do wglądu*) – 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.: schodołaza, 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 (*oryginał do wglądu*) – jeżeli dotyczy.

***Decyzja Zespołu opiniującego wnioski I KOMISJA:***

Kwota: .....

POZYTYWNA

NEGATYWNA

---

***Decyzja Zespołu opiniującego wnioski II KOMISJA:***

Kwota: .....

POZYTYWNA

NEGATYWNA

---