

(data i pieczęć wpływu)

**WNIOSEK****O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON  
LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH W ZWIĄZKU Z INDYWIDUALNYMI  
POTRZEBAMI OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

**Uwaga!** – We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki, właściwe odpowiedzi zaznaczyć znakiem , ewentualnie wpisać: "NIE DOTYCZY".

W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy w odpowiedniej rubryce wpisać "w załączeniu - załącznik nr ...." czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryki formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
IMIĘ _____	NAZWISKO _____
DATA URODZENIA : <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	PESEL: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>ADRES / MIEJSCE ZAMIESZKANIA <sup>1</sup></b>	
ULICA _____	NR DOMU _____ NR LOK. _____
MIEJSCOWOŚĆ _____	KOD POCZTOWY: ___ - ___ - ____
<b>DANE PERSONALNE:</b> <input type="checkbox"/> PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO <i>DLA MAŁOLETNIEGO WNIOSKODAWCY,</i> <input type="checkbox"/> OPIEKUNA PRAWNEGO, <input type="checkbox"/> PEŁNOMOCNIKA, <input type="checkbox"/> KURATORA <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	
IMIĘ _____	NAZWISKO _____
DATA URODZENIA : <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	PESEL: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>ADRES / MIEJSCE ZAMIESZKANIA <sup>1</sup></b>	
ULICA _____	NR DOMU _____ NR LOK. _____
MIEJSCOWOŚĆ _____	KOD POCZTOWY: ___ - ___ - ____
DANE DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO PRAWO DO WYSTĘPOWANIA W IMIENIU WNIOSKODAWCY:	
<b>ADRES KORESPONDENCYJNY - <u>NALEŻY WPISAĆ, JEŚLI JEST INNY OD ADRESU ZAMIESZKANIA:</u></b> <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	
<b>DANE KONTAKTOWE</b>	
TELEFON _____	
E-MAIL _____	

STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI		
<input type="checkbox"/> ZNACZNY	<input type="checkbox"/> CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY I DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI LUB CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI	<input type="checkbox"/> I GRUPA
<input type="checkbox"/> UMIARKOWANY	<input type="checkbox"/> CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY	<input type="checkbox"/> II GRUPA
<input type="checkbox"/> LEKKI	<input type="checkbox"/> CZĘŚCIOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY	<input type="checkbox"/> III GRUPA
<input type="checkbox"/> ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ( DZIECI DO 16 ROKU ŻYCIA )		
<b>ORZECZENIE WAŻNE:</b> <input type="checkbox"/> BEZTERMINOWO, <input type="checkbox"/> OKRESOWO DO DNIA: ___ - ___ - ____		

### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> <b>01-U</b> UPOŚLEDZENIE UMYSŁOWE	<input type="checkbox"/> <b>02-P</b> CHOROBY PSYCHICZNE	<input type="checkbox"/> <b>03-L</b> ZABURZENIA GŁOSU, MOWY I CHOROBY SŁUCHU	<input type="checkbox"/> <b>04-O</b> NARZĄD WZROKU
<input type="checkbox"/> <b>05-R NARZĄD RUCHU, W ZAKRESIE:</b> <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, jakim?			
<input type="checkbox"/> <b>06-E</b> EPILEPSJA	<input type="checkbox"/> <b>07-S</b> CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO I KRAŻENIA	<input type="checkbox"/> <b>08-T</b> CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO	<input type="checkbox"/> <b>09-M</b> CHOROBY UKŁADU MOCZOWO - PŁCIOWEGO
<input type="checkbox"/> <b>10-N</b> CHOROBY NEUROLOGICZNE	<input type="checkbox"/> <b>11-I</b> INNE	<input type="checkbox"/> <b>12-C</b> CAŁOŚCIOWE ZABURZENIA ROZWOJOWE	
<input type="checkbox"/> <b>INNE PRZYCZYNY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI, JAKIE ?</b>			
<b>NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ WNIOSKODAWCY JEST SPRZĘŻONA</b> U WNIOSKODAWCY WYSTĘPUJE WIĘCEJ NIŻ JEDNA PRZYCZYNA WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ SPRZĘŻONA MUSI BYĆ POTWIERDZONA W POSIADANYM ORZECZENIU O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.			
<input type="checkbox"/> <b>NIE</b> <input type="checkbox"/> <b>TAK:</b> <input type="checkbox"/> 2 PRZYCZYNY, <input type="checkbox"/> 3 PRZYCZYNY			

### OGRANICZENIA / TRUDNOŚCI W PORUSZANIU SIĘ WNIOSKODAWCY

<input type="checkbox"/> OSOBA NIE PORUSZAJĄCA SIĘ SAMODZIELNIE - LEŻĄCA
<input type="checkbox"/> <b>WNIOSKODAWCA PORUSZA SIĘ PRZY POMOCY WÓZKA INWALIDZKIEGO:</b> <input type="checkbox"/> SAMODZIELNIE, <input type="checkbox"/> PRZY POMOCY OSÓB DRUGICH, <input type="checkbox"/> W MIESZKANIU <input type="checkbox"/> NA ZEWNĄTRZ
<input type="checkbox"/> <b>WNIOSKODAWCA PORUSZA SIĘ PRZY POMOCY OPRZYRZĄDOWANIA:</b> <input type="checkbox"/> OSÓB DRUGICH, <input type="checkbox"/> BALKONIKA, <input type="checkbox"/> ŁASKI, <input type="checkbox"/> KUL, <input type="checkbox"/> PROTEZY
<input type="checkbox"/> <b>WNIOSKODAWCA JEST OSOBĄ:</b> <input type="checkbox"/> NIEDOWIDZĄCĄ, <input type="checkbox"/> NIEWIDOMĄ, <input type="checkbox"/> GŁUCHONIEWIDOMĄ
<input type="checkbox"/> <b>WNIOSKODAWCA POSIADA DYSFUNKCJĘ:</b> <input type="checkbox"/> SŁUCHU, <input type="checkbox"/> MOWY, <input type="checkbox"/> SŁUCHU I MOWY

### OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

OŚWIADCZAM, ŻE **PRZECIĘTNY MIESIĘCZNY DOCHÓD** (W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH<sup>2</sup>), OBLICZONY **ZA KWARTAŁ POPRZEDZAJĄCY MIESIĄC ZŁOŻENIA WNIOSKU**, PODZIELONY PRZEZ LICZBĘ OSÓB WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM, WYNOŚIŁ: \_\_\_\_\_ zł.

LICZBA OSÓB WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM WYNOŚI: \_\_\_\_\_

**WNIOSKODAWCA ZAMIESZKUJE:**  
 SAMOTNIE,    Z RODZINĄ,    Z OSOBAMI NIESPOKREWNIONYMI

**W GOSPODARSTWIE DOMOWYM WNIOSKODAWCY SĄ TAKŻE INNE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE, POSIADAJĄCE ODPOWIEDNIE ORZECZENIE DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**  
 **NIE**    **TAK, ILOŚĆ OSÓB** \_\_\_\_\_ (NALEŻY DOŁĄCZYĆ KOPIE TYCH ORZECZEŃ I ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH)

**SYTUACJA ZAWODOWA WNIOSKODAWCY**

- ZATRUDNIONY/A  PROWADZĄCY DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ
- ZAREJESTROWANY/A W PUP – JAKO:  BEZROBOTNY/A,  POSZUKUJĄCY/A PRACY
- NIEZATRUDNIONY/A  RENCISTA / EMERYT  NIE ZAINTERESOWANY PODJĘCIEM PRACY
- OSOBA W WIEKU 18 - 24, UCZĄCA SIĘ LUB STUDIUJĄCA  DZIECI I MŁODZIEŻ DO LAT 18
- INNE (JAKIE?) .....

**INFORMACJA O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON - ZA OKRES OSTATNICH 5 LAT**

CZY WNIOSKODAWCA KORZYSTAŁ ZE ŚRODKÓW PFRON W CIĄGU OSTATNICH 5 LAT (LICZĄC OD DNIA ZŁOŻENIA WNIOSKU), W TYM POPRZEZ PCPR LUB MOPS?			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
CEL (NAZWA ZADANIA USTAWOWEGO ORAZ /LUB NAZWA PROGRAMU, W RAMACH KTÓREGO PRYZNANA ZOSTAŁA POMOC)	NR ZAWARCIA UMOWY (O ILE DOTYCZY)	DATA PRYZNANIA DOFINANS.	STAN ROZLICZENIA - W TRAKCIE REALIZACJI - W TRAKCIE ROZLICZENIA, - ROZLICZONA, - NIEROZLICZONA

CZY WNIOSKODAWCA W CIĄGU TRZECH LAT PRZED ZŁOŻENIEM WNIOSKU BYŁ STRONĄ UMOWY ZAWARTEJ Z PFRON I ROZWIĄZANEJ Z PRZYCZYŃ LEŻĄCYCH PO JEGO STRONIE ?  TAK  NIE

JEŚLI TAK TO NALEŻY PODAĆ NR I DATĘ ZAWARTEJ UMOWY A TAKŻE PRZYCZYNĘ JEJ ROZWIĄZANIA:

CZY WNIOSKODAWCA POSIADA WYMAGALNE ZOBOWIĄZANIA WOBEC PFRON ? :  TAK  NIE

CZY WNIOSKODAWCA POSIADA WYMAGALNE ZOBOWIĄZANIA WOBEC MOPS ? :  TAK  NIE

JEŻELI ZAZNACZONO **TAK**, PROSZĘ PODAĆ RODZAJ I WYSOKOŚĆ (W ZŁ) WYMAGALNEGO ZOBOWIĄZANIA:

**UWAGA!** ZA „WYMAGALNE ZOBOWIĄZANIE” NALEŻY ROZUMIEĆ ZOBOWIĄZANIE, KTÓREGO TERMIN ZAPŁATY UPŁYŃAŁ

CZY WNIOSKODAWCA OTRZYMAŁ WCZEŚNIEJ (W POPRZEDNICH LATACH) NA PODSTAWIE INNYCH WNIOSKÓW, DOFINANSOWANIE W RAMACH LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH ?

- NIE  TAK, w ROKU ..... ORGAN UDZIELAJĄCY POMOCY .....
- NIE  TAK, w ROKU ..... ORGAN UDZIELAJĄCY POMOCY .....

NALEŻY WYMIENIĆ DOFINANSOWANY SPRZĘT: .....

**INFORMACJA O RACHUNKU BANKOWYM**

NAZWA BANKU: .....

RACHUNEK NR

**INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA**

<b>PRZEDMIOT I CEL DOFINANSOWANIA:</b> ( wpisać informacje uzasadniające ubieganie się o dofinansowanie oraz cel jakiemu będzie ono służyć)	
<b>MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA:</b> (dokładny adres)	

INFORMACJA O OGÓLNEJ WARTOŚCI NAKŁADÓW DOTYCHCZAS PONIESIONYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ NA REALIZACJĘ ZADANIA DO KOŃCA MIESIĄCA POPRZEDZAJĄCEGO MIESIĄC, W KTÓRYM SKŁADANY JEST WNIOSEK WRAZ Z PODANIEM DOTYCHCZASOWYCH ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA:

<b>UZASADNIENIE WNIOSKU</b> JAKIE TRUDNOŚCI POWODUJĄ POSIADANE DYSFUNKCJE I NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ, JAKIE KORZYŚCI PRZYNIESIE ZLIKWIDOWANIE BARIER TECHNICZNYCH:

PRZEWIDYWANY TERMIN ROZPOCZĘCIA ZADANIA:	
PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA:	

**PRZEWIDYWANY KOSZT REALIZACJI ZADANIA**

<b>KOSZT OGÓLNY:</b>	zł	<b>100 %</b>
WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA:	zł	%
ŚRODKI WŁASNE NA REALIZACJĘ ZADANIA ( <b>MINIMUM 5 %</b> ):	zł	%
W TYM: INFORMACJA O INNYCH ŹRÓDŁACH FINANSOWANIA ZADANIA (JAKICH?)	zł	%

**OŚWIADCZAM ŻE:**

1. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz, że wszystkie informacje zawarte we wniosku o dofinansowanie i w załącznikach do tego wniosku, są zgodne ze stanem faktycznym - przyjmuję do wiadomości, że podanie nieprawdziwych informacji eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania, prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w art. 233 § 1, 2 K.K.

2. **Przyjmuję do wiadomości i stosowania**, konieczność złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów w przypadku, gdy MOPS poweźmie wątpliwości odnośnie do podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania.
3. **Oświadczam**, że o dofinansowanie ze środków PFRON w/w przedmiotu wniosku ubiegam się wyłącznie w MOPS w Mysłowicach.
4. **Przyjmuję do wiadomości i stosowania**, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji zadania: „likwidacja barier” oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków zadania także w dniu podpisania umowy.
5. **Podany we wniosku adres jest obecnie moim aktualnym miejscem zamieszkania** (tj. miejscem gdzie przebywam z zamiarem stałego pobytu).
6. **Zobowiązuje się**, niezwłocznie poinformować MOPS w Mysłowicach o wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, nie później jednak niż w terminie 7 dni od ich wystąpienia.
7. **Przyjmuję do wiadomości i stosowania**, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez MOPS w Mysłowicach oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną.
8. **Przyjmuję do wiadomości i stosowania**, że **dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków** finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.
9. **Oświadczam**, że w przypadku przyznania dofinansowania będę dysponować środkami finansowymi na opłacenie udziału własnego w postaci różnicy pomiędzy kwotą dofinansowania, ewentualnym dofinansowaniem z innych źródeł, a całkowitym kosztem realizacji zadania.

dnia ___ / ___ / 20___ r. _____ miejscowość	CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO, OPIEKUNA PRAWNEGO, PEŁNOMOCNIKA
---	---

<sup>1</sup> **miejscem zamieszkania** zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) jest miejscowość, w której osoba przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem jej życia codziennego, w którym skoncentrowane są jej plany życiowe. O miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu. Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

<sup>2</sup> **dochód** – w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 28 listopada 2003 o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. 2020 r. poz.111 z późn. zm.) pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, zasiłek pielęgnacyjny oraz kwotę świadczonych alimentów powiększony o dochody z działalności gospodarczej, dochody z gospodarstwa rolnego oraz inne dochody nieopodatkowane wymienione w niniejszej ustawie.