

(data i pieczęć wpływu)

WNIOSEK**O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ 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"/>	
ADRES / MIEJSCE ZAMIESZKANIA ¹		
ULICA	NR DOMU	NR LOK.
MIEJSCOWOŚĆ	KOD POCZTOWY: ____ - ____ - ____	
DANE PERSONALNE: <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"/>	
ADRES / MIEJSCE ZAMIESZKANIA ¹		
ULICA	NR DOMU	NR LOK.
MIEJSCOWOŚĆ	KOD POCZTOWY: ____ - ____ - ____	
DANE DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO PRAWO DO WYSTĘPOWANIA W IMIENIU WNIOSKODAWCY:		
ADRES KORESPONDENCYJNY - <u>NALEŻY WPISAĆ, JEŚLI JEST INNY OD ADRESU ZAMIESZKANIA:</u>		
<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY		
DANE KONTAKTOWE		
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)		
ORZECZENIE WAŻNE: <input type="checkbox"/> BEZTERMINOWO, <input type="checkbox"/> OKRESOWO DO DNIA: ____ - ____ - ____		

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<input type="checkbox"/> 01-U UPOŚLEDZENIE UMYSŁOWE	<input type="checkbox"/> 02-P CHOROBY PSYCHICZNE	<input type="checkbox"/> 03-L ZABURZENIA GŁOSU, MOWY I CHOROBY SŁUCHU	<input type="checkbox"/> 04-O NARZĄD WZROKU
<input type="checkbox"/> 05-R NARZĄD RUCHU	<input type="checkbox"/> 06-E EPILEPSJA	<input type="checkbox"/> 07-S CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO I KRAŻENIA	<input type="checkbox"/> 08-T CHOROBY UKŁADU POKARMOWEGO
<input type="checkbox"/> 09-M CHOROBY UKŁADU MOCZOWO - PŁCIOWEGO	<input type="checkbox"/> 10-N CHOROBY NEUROLOGICZNE	<input type="checkbox"/> 11-I INNE	<input type="checkbox"/> 12-C CAŁOŚCIOWE ZABURZENIA ROZWOJOWE

INNE PRZYCZYNY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI, JAKIE ?

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ WNIOSKODAWCY JEST SPRZĘŻONA

U WNIOSKODAWCY WYSTĘPUJE WIĘCEJ NIŻ JEDNA PRZYCZYNA WYDANIA ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ SPRZĘŻONA MUSI BYĆ POTWIERDZONA W POSIADANYM ORZECZENIU O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.

NIE **TAK:** 2 PRZYCZYNY, 3 PRZYCZYNY

OGRANICZENIA / TRUDNOŚCI W KOMUNIKOWANIU SIĘ I PRZEKAZYWANIU INFORMACJI

WNIOSKODAWCA POSIADA DYSFUNKCJĘ: SŁUCHU, MOWY, SŁUCHU I MOWY

WNIOSKODAWCA JEST OSOBĄ: NIEDOWIDZĄCĄ, NIEWIDOMĄ, GŁUCHONIEWIDOMĄ

OSOBA NIE PORUSZAJĄCA SIĘ SAMODZIELNIE - LEŻĄCA

WNIOSKODAWCA PORUSZA SIĘ PRZY POMOCY WÓZKA INWALIDZKIEGO

WNIOSKODAWCA PORUSZA SIĘ PRZY POMOCY OPRZYRZĄDOWANIA

INNE TRUDNOŚCI, JAKIE ? _____

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

OŚWIADCZAM, ŻE **PRZECIĘTNY MIESIĘCZNY DOCHÓD** (W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH²), 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?

TAK NIE

CEL
(NAZWA ZADANIA USTAWOWEGO ORAZ /LUB NAZWA PROGRAMU, W RAMACH KTÓREGO PRZYZNANA ZOSTAŁA POMOC)

NR ZAWARCIA UMOWY
(O ILE DOTYCZY)

DATA PRZYZNANIA 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 PRZYCZYN LEŻĄCYCH PO JEJ 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 UPŁYNAŁ

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

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

PRZEDMIOT I CEL DOFINANSOWANIA:
(wpisać informacje uzasadniające ubieganie się o dofinansowanie oraz cel jakiemu będzie ono służyć)

MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA:

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:

UZASADNIENIE WNIOSKU JAKIE TRUDNOŚCI POWODUJĄ POSIADANE DYSFUNKCJE I NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ, JAKIE KORZYŚCI PRZYNIESIE ZLIKWIDOWANIE BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ:

PRZEWIDYWANY TERMIN ROZPOCZĘCIA ZADANIA:

PRZEWIDYWANY CZAS REALIZACJI ZADANIA:

PRZEWIDYWANY KOSZT REALIZACJI ZADANIA

KOSZT OGÓLNY:	zł	100 %
WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA:	zł	%
ŚRODKI WŁASNE NA REALIZACJĘ ZADANIA (MINIMUM 5 %):	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.	
miejsowość	CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO, OPIEKUNA PRAWNEGO, PEŁNOMOCNIKA

- ¹ **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.
- ² **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.