

Uwagi:

- Osoba niepełnosprawna może złożyć wniosek z kompletem załączników w każdym czasie.
- O 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.**
- 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.

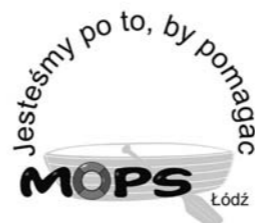
O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Art., 233 k.k. § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć jako dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 k.k. oświadczam, że informacje zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

_____ podpis Wnioskodawcy,^(*) przedstawiciela ustawowego,^(*) opiekuna prawnego,^(*) pełnomocnika^(*)

(*) niepotrzebne skreślić



MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
W ŁODZI

Zespół ds. Rehabilitacji Społecznej
Osób Niepełnosprawnych
90-012 Łódź, ul. Kilińskiego 102/102A
NIP 725-10-23-290
tel. 42 637 72 45; fax 42 632 41 30

Data:

nr rejestru

WNIOSEK

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

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy (wypełnia osoba niepełnosprawna):

_____ Imię (imiona) i nazwisko
seria _____ nr _____ wydany w dniu _____ przez _____
(dowód osobisty)
nr PESEL _____ nr telef/faksu _____
□□-□□□□ _____
kod pocztowy miejscowość ulica nr posesji nr mieszkania nr bloku
Nazwa banku i nr konta _____

II. Zakres dofinansowania

1. Proszę o dofinansowanie: _____

_____ należy podać nazwę urządzenia (ewentualny montaż), rodzaj usługi

2. Koszt przedsięwzięcia:

Przewidywany koszt ogólny przedsięwzięcia: _____ zł
Własne środki lub pozyskane z innych źródeł aniżeli PFRON: _____ zł
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON _____ zł

III Informacje o Wnioskodawcy

1. Stopień niepełnosprawności⁽¹⁾

1. znaczny	
o inwalidzi I grupy,	
o osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
o osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, 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	
o pozostali inwalidzi III grupy	
o osoby częściowo niezdolne do pracy	
o osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

2. Rodzaj niepełnosprawności⁽¹⁾

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	

3. Sytuacja zawodowa^{(*) (1)}

1. zatrudniony*/ prowadzący działalność gospodarczą	
2. młodzież w wieku od lat 18 do 24 (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	

4. Przeciętny miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie domowym obliczony za kwartał

poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (wypełnia pracownik MOPS na podstawie oświadczenia Wnioskodawcy) _____

5. Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON (wypełnia pracownik MOPS na podstawie oświadczenia Wnioskodawcy)

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

(1) proszę wstawić (x) we właściwej rubryce

o ^(*) niepotrzebne skreślić

6. Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy) opiekun prawny lub pełnomocnik

(proszę wypełnić drukowanymi literami)

_____ syn, córka _____
imię (imiona) i nazwisko imię ojca

seria _____ nr _____ wydany w dniu _____ przez _____
(dowód osobisty)

nr PESEL _____ nr tel/faks _____

-
kod pocztowy miejscowość ulica nr posesji nr mieszkania nr bloku

Ustanowiony opiekunem lub pełnomocnikiem (*)

- (postanowieniem Sądu Rejonowego z dn..... sygn. akt
- na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dn.....repet. nr

IV. Niezbędne załączniki do wniosku:

- (1) Kopia orzeczenia(oryginał do wglądu), o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dn. 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2008 r. Nr 14 poz. 92 j.t. 776 z późniejszymi zmianami).
- (2) Kopia orzeczeń (oryginały do wglądu)-o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą w przypadku takich osób.
- (3) Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności.
- (4) Oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkających wspólnie z Wnioskodawcą oraz oświadczenie o korzystaniu ze środków PFRON.
- (5) Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
- (6) Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeżeli taka zgoda jest wymagana.
- (7) Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier technicznych (własność, umowa najmu).
- (8) Zgoda współwłaściciela lub właściciela lokalu na likwidację barier technicznych jeżeli jest wymagana.
- (9) Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania.
- (10) Dowód osobisty Wnioskodawcy do wglądu.
- (11) Faktura pro forma.

W przypadku starania się o dofinansowanie zakupu sprzętu komputerowego wymagane są również:

- zaświadczenie z miejsca pracy o zatrudnieniu,
- zaświadczenie ze szkoły bądź uczelni o pobieraniu nauki,
- w przypadku dzieci opinia pedagoga szkolnego lub psychologa,
- osobiste uzasadnienie potrzeby posiadania sprzętu komputerowego.

(*) niepotrzebne skreślić