

WNIOSEK

O PRYZNANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH DOFINANSOWANIA DO LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH

UWAGA: w celu właściwego wypełnienia wniosku prosimy o staranne jego przeczytanie. Wniosek należy wypełnić czytelnie i drukowanymi literami. Przed złożeniem wniosku proszę zapoznać się z „Zasadami przyznawania dofinansowania ze środków PFRON” w Gliwicach – dostępne w biurze obsługi środków PFRON oraz na stronie internetowej www.goin.gliwice.pl.

Sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania dofinansowania ze środków PFRON. Od negatywnego rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie, ponieważ jest to uznanie administracyjne.

1. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (osoby niepełnosprawnej):

- ❖ Nazwisko i imię
adres stałego zameldowania:
miejscowość kod pocztowy.....
ulica..... nr domu..... nr lokalu.....nr telefonu.....
- ❖ **Dowód osobisty**
seria i nr wydany w dniu przez.....
nr PESEL nr NIP
- ❖ **Stopień niepełnosprawności:***
 - znaczny (inwalida I grupy)
 - umiarkowany (inwalida II grupy)
 - lekki (inwalida III grupy)
 - niepełnosprawność dotyczy dziecka

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik:

- ❖ Imię i nazwisko:
- adres:**
miejscowość kod pocztowy.....
ulica..... nr domu..... nr lokalu.....nr telefonu.....
- ❖ **Dowód osobisty**
seria i nr wydany w dniu przez.....
nr PESEL nr NIP

ustanowiony opiekunem** postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt
na mocy pełnomocnictwa** potwierdzonego przez Notariusza z dn.repet. nr

2. MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA (adres):

3. WNIOSKOWANY ZAKUP/ZAKRES ROBÓT:

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

4. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI USUNIĘCIA BARIER: (wypełnia Wnioskodawca)

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

5. PRZEWIDYWANY CAŁKOWITY KOSZT REALIZACJI ZADANIA BRUTTO (szacowana kwota)

.....

6. **WNOSKOWANA WYSOKOŚĆ KWOTY DOFINANSOWANIA BRUTTO** (nie więcej niż 80% kosztów całkowitych):

7. **INFORMACJA NA TEMAT WŁASNEGO WKŁADU FINANSOWEGO:**

środki własne kredyt inne(wpisać jakie)

8. **INFORMACJA O KWOTACH PRYZNANYCH WCZEŚNIEJ Z FUNDUSZU Z OKREŚLENIEM NUMERU ZAWARTEJ UMOWY:**

Barier architektoniczne nr i data podpisania umowy
Barier techniczne nr i data podpisania umowy
Barier w komunikowaniu się nr i data podpisania umowy
Sprzęt rehabilitacyjny nr i data podpisania umowy

OŚWIADCZENIE

Liczba członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:.....

IMIĘ I NAZWISKO	ROK URODZENIA	POKREWIEŃSTWO	SYTUACJA ZAWODOWA	NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ STOPIEŃ / RODZAJ

Oświadczam, że **średni miesięczny dochód netto**** (obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku) na 1 osobę w rodzinie wynosi:.....

Jednocześnie oświadczam, iż nie mam zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec funduszu oraz nie byłem/am stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie

Informuję, że jestem/nie jestem płatnikiem podatku VAT.

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Gliwicach, ul. Górnych Wałów 9 w celu realizacji procedury dofinansowania likwidacji barier architektonicznych – ustawa o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz. 1271).

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art.233 § 1 i 2 Ustawy z dn.6.06.1997 r – Kodeks Karny (Dz.U. Nr 88, poz.553 z późn. zm. – za zeznania nieprawdy lub zatajenie prawdy) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie informować Ośrodek Pomocy Społecznej.

Zostałem/łam poinformowany/na, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu. Oświadczam, że w przypadku przyznania dofinansowania będę dysponował/ła środkami finansowymi na opłacenie udziału własnego w postaci różnicy pomiędzy kwotą dofinansowania, ewentualnym dofinansowaniem z innych źródeł, a całkowitym kosztem realizacji zadania.

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy,
Pełnomocnika lub opiekuna
prawnego

ZAŁĄCZNIKI:

1. Oferta cenowa
2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu)
3. Kopia tytułu prawnego do lokalu jeśli konieczne (oryginał do wglądu)
4. Kopia dokumentu potwierdzającego zameldowanie (oryginał do wglądu)
5. Pozwolenie na budowę (przebudowę) z właściwego urzędu – jeśli jest konieczne
6. Pełnomocnictwo lub postanowienie sądu (w przypadku ustanowienia pełnomocnika lub opiekuna prawnego)
7. inne dokumenty wymagane przez OPS

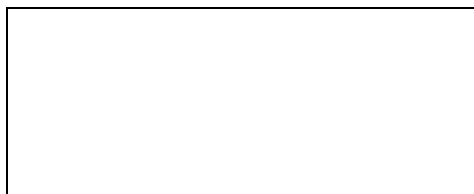
POUCZENIE!

- Prosimy o staranne i czytelne wypełnienie wniosku. Obejmuje on zestaw zagadnień, których znajomość jest niezbędna do przeprowadzenia kompleksowej oceny przedsięwzięcia i podjęcia właściwej decyzji.
- Proszę o wypełnienie wszystkich rubryk ewentualnie wpisać „Nie dotyczy” lub wstawić kreskę /-/.
- W przypadku gdy w formularzu Wniosku przewidziano zbyt mało miejsca należy dołączyć załącznik w odpowiedniej rubryce wpisując „W załączeniu – załącznik nr 1,2”.
- Wnioski oceniane są w kolejności składania z uwzględnieniem stopnia i rodzaju niepełnosprawności zgodnie z przyjętymi „Zasadami...”
- Przedkładający niniejszy wniosek zobowiązany jest do udostępnienia przedstawicielom OPS pomieszczeń w których planowana jest likwidacja barier celem przeprowadzenia wizji w okresie przed przyznaniem dofinansowania.
- Dofinansowaniem ze środków funduszu może być objęta likwidacja barier architektonicznych w budynkach już istniejących (bariery muszą istnieć, aby mogły zostać zlikwidowane). Dofinansowaniem ze środków funduszu nie może być objęte dostosowanie lub doposażenie budynku nowo wybudowanego lub będącego w trakcie prac wykończeniowych.
- Dofinansowaniu nie podlegają prace o charakterze remontowo-wykończeniowym, które nie wpływają na poprawę funkcjonowania lecz stanowią o podniesieniu estetyki pomieszczeń, (takie jak malowanie pomieszczeń, elektryka, wymiana instalacji gazowej, obudowa czy wymiana pionów kanalizacyjnych, ułożenie glazury, itp.)
- Dofinansowaniem nie mogą zostać objęte koszty poniesione przed zawarciem umowy o dofinansowanie.
- W myśl Kodeksu Postępowania Administracyjnego od negatywnego rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie.
- Wysokość dofinansowania uzależniona jest od dochodu na osobę w gospodarstwie domowym zgodnie z przyjętymi „Zasadami ...”

Art. 233 Kodeksu Karnego.

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

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swych uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie.



pieczęć placówki

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb Ośrodka Pomocy Społecznej w Gliwicach w związku z ubieganiem się o dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych
(ważne w ciągu 3 miesięcy od daty wystawienia)

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:

dysfunkcja narządu ruchu* dysfunkcji narządu wzroku* dysfunkcji narządu słuchu*

innej dysfunkcji* krótka charakterystyka

Opis schorzenia (z uwzględnieniem jego wpływu na poruszanie się)

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

Wnioskowane usunięcie barier architektonicznych wpłynie/nie wpłynie** na poprawę funkcjonowania wnioskodawcy.

Uwagi uzupełniające i zalecenia dodatkowe (np. konieczność korzystania z kul, wózka inwalidzkiego, protezy, laski itp.):

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

.....
miejscowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza prowadzącego/specjalisty

*właściwe zakreślić znakiem X

UWAGA !
NINIEJSZE ZAŚWIADCZENIE POWINNO BYĆ WYPEŁNIONE CZYTELNIE I W JĘZYKU POLSKIM