

WNIOSEK
O PRYZNANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB
NEPEŁNOSPRAWNYCH DOFINANSOWANIA DO LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH

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:

❖ Nazwisko i imię

adres:

miejsowość kod pocztowy.....

ulica..... nr domu..... nr lokalu.....

nr telefonu.....

❖ **Dowód osobisty**

seria i nr wydany w dniu przez.....

nr PESEL 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:

miejsowość 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. WNIOSKOWANA 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:

Bariery architektoniczne nr i data podpisania umowy

Bariery techniczne nr i data podpisania umowy

Bariery 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 technicznych – ustawa o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz. 1271).

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art.233 § 1,2 i 3 Ustawy z dn.6.06.1997 r – Kodeks Karny (Dz.U. Nr 88, poz.553) 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 w razie konieczności do udostępnienia przedstawicielom OPS pomieszczeń w których planowana jest likwidacja barier celem przeprowadzenia wizji w okresie przed przyznaniem dofinansowania.
- Dofinansowaniu nie podlega sprzęt AGD, gdyż są to przedmioty przydatne w każdym gospodarstwie domowym, bez względu na to czy służą osobom niepełnosprawnym czy pełnosprawnym. Wyjątkowo tylko zakup sprzętu specjalistycznie przystosowanego dla osób niepełnosprawnych może stać się przedmiotem dofinansowania. Dofinansowanie takiego sprzętu musi być ściśle związane z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej, wynikającymi z posiadanego orzeczenia albo potwierdzonymi przez lekarza. Do OPS należy rozstrzygnięcie w jakim przypadku zakup tego sprzętu będzie likwidacją bariery dla konkretnej osoby niepełnosprawnej.
- 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 technicznych

(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 wykonywanie podstawowych codziennych czynności)

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

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

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

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

.....
miejscowość i data

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

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