

Data wpływu:

Nr sprawy:

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych
w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

*właściwe zaznaczyć

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY	
Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna* ☐ kobieta*
ADRES ZAMIESZKANIA	
Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	

Pocztą:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY

☐ Taki sam jak adres zamieszkania*

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	☐ mężczyzna* ☐ kobieta*

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	

Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Pocztą:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak* ☐ nie*
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny* ☐ Umiarkowany* ☐ Lekki* ☐ Nie dotyczy*
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo* ☐ okresowo* – do dnia:.....
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa* ☐ II grupa* ☐ III grupa* ☐ nie dotyczy*
Niezdolność:	☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji* ☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny* ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy* ☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy* ☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym* ☐ Nie dotyczy*

Rodzaj niepełnosprawności:	☐ 01-U – upośledzenie umysłowe* ☐ 02-P – choroby psychiczne* ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu* ☐ osoba głucha* ☐ osoba głuchoniema* ☐ 04-O – narząd wzroku* ☐ osoba niewidoma* ☐ osoba głuchoniewidoma* ☐ 05-R – narząd ruchu* ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego* ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych* ☐ 06-E – epilepsja* ☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia* ☐ 08-T – choroby układu pokarmowego* ☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego* ☐ 10-N – choroby neurologiczne* ☐ 11-I – inne* ☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe*
Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	☐ tak* ☐ nie*
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	☐ 2 przyczyny* ☐ 3 przyczyny*

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

☐ indywidualne* ☐ wspólne*

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:

☐ nie korzystałem*

☐ korzystałem*

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia
--------------------	----------	---------------------	----------------------	------------------

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

PRZEDMIOT WNIOSKU	
Nazwa pola	Wartość
Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła finansowania:	
Cel dofinansowania:	

WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

Nazwa pola	Wartość
------------	---------

Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:	
Miejsce realizacji zadania:	
Numer księgi wieczystej nieruchomości/ lokalu w którym ma nastąpić likwidacja bariery	
Wskazanie problemów z poruszaniem się/ w jaki sposób choroby będące przyczyną niepełnosprawności upośledzają wykonywanie podstawowych czynności:	

OPIS PONIESIONYCH NAKŁADÓW

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

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

☐ Przelew na konto Wnioskodawcy* ☐ przelew na konto osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę*:

Nazwa pola	Wartość
Właściciel konta (imię i nazwisko):	
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
------------	---------

Budynek:	☐ dom jednorodzinny* ☐ wielorodzinny prywatny* ☐ wielorodzinny komunalny* ☐ wielorodzinny spółdzielczy*
Ilość pięter:	☐ budynek parterowy* ☐ piętrowy* ☐ mieszkanie na piętrze* (numer piętra):
Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:	
Liczba pokoi:	 ☐ + kuchnia* ☐ + łazienka* ☐ + wc*
Łazienka jest wyposażona w:	☐ wannę* ☐ brodzik* ☐ kabinę prysznicową* ☐ umywalkę*
W mieszkaniu jest:	☐ instalacja wody zimnej* ☐ ciepłej* ☐ kanalizacja* ☐ centralne ogrzewanie* ☐ prąd* ☐ gaz*
Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:	
Imiona i nazwiska wszystkich współwłaścicieli budynku/lokalu w którym ma nastąpić likwidacja bariery architektonicznej	
Wnioskodawca zamieszkuje:	☐ samodzielnie* ☐ z rodziną* ☐ z osobami niespokrewnionymi*

SYTUACJA ZAWODOWA

- ☐ Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą (wskazać wymiar etatu)*
☐ Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*
☐ Bezrobotny poszukujący pracy*
☐ Rencista poszukujący pracy*
☐ Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy*
☐ Dzieci i młodzież do lat 18*
☐ Inne / umowy cywilnoprawne / jakie?*

OŚWIADCZENIA

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

Ja niżej podpisana, oświadczam, iż zostałam poinformowana, że:

1. Administratorem przekazanych danych osobowych jest Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku z siedzibą przy ul. Słonecznej 15D, 76-200 Słupsk.

2. Inspektorem Ochrony Danych jest Edyta Zubka, z którą można kontaktować się e-mailowo: e.zubka@mopr.slupsk.pl

3. Administrator danych przetwarza dane osobowe w celu realizacji obowiązków wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z

Imię i nazwisko pacjenta

PESEL.....

Rodzaj

niepełnosprawności.....

Czy występują trudności w poruszaniu się: ☐ tak* ☐ nie*

Czy osoba porusza się samodzielnie, bez wsparcia: ☐ tak* ☐ nie*

Używane przedmioty

ortopedyczne:

Szczegółowy opis problemów w poruszaniu się, w tym rodzaj ograniczeń wynikający z niepełnosprawności:

Przyczyna niepełnosprawności:

- ☐ 01-U – upośledzenie umysłowe*
- ☐ 02-P – choroby psychiczne*
- ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu*
 - ☐ osoba głucha*
 - ☐ osoba głuchoniema*
- ☐ 04-O – narząd wzroku*
 - ☐ osoba niewidoma*
 - ☐ osoba głuchoniewidoma*
- ☐ 05-R – narząd ruchu*
 - ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego*
 - ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych*
 - ☐ osoba leżąca*
 - ☐ inne
- ☐ 06-E – epilepsja*
- ☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia*
- ☐ 08-T – choroby układu pokarmowego*
- ☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego*
- ☐ 10-N – choroby neurologiczne*
- ☐ 11-I – inne* jakie
- ☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe*

Data, pieczęć i podpis lekarza

***zaznaczyć właściwe**

