



Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Sopocie
Dział Pomocy Seniorom i Osobom Niepełnosprawnym
Zespół ds. Rehabilitacji Społecznej
ul. Kolejowa 14, 81-835 Sopot
58 555 15 76, 58 551 17 10, 58 551 44 19

Wpłynęło
Nr z rejestru wpływów
Ilość załączników
Znak akt: **DPSION.ZRS.5113.....2020**

Wniosek o dofinansowanie
likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej
w związku z indywidualnymi potrzebami osoby niepełnosprawnej
(we wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy")

1. Dane osoby ubiegającej się o dofinansowanie

Imię i nazwisko			
PESEL			
Adres zamieszkania	ul.	nr domu:	nr lokalu:
	Kod pocztowy:	Miejscowość:	
Adres zameldowania	ul.	nr domu:	nr lokalu:
	Kod pocztowy:	Miejscowość:	
Data urodzenia		Nr telefonu	

2. Dane dziecka lub osoby ubezwłasnowolnionej

Imię i nazwisko			
PESEL			
Adres zamieszkania	ul.	nr domu:	nr lokalu:
	Kod pocztowy:	Miejscowość:	
Adres zameldowania	ul.	nr domu:	nr lokalu:
	Kod pocztowy:	Miejscowość:	
Data urodzenia		Nr telefonu	

3. Stopień niepełnosprawności

4. Rodzaj niepełnosprawności ⁽¹⁾

dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	<input type="checkbox"/>
inna dysfunkcja narządu ruchu	<input type="checkbox"/>
dysfunkcja narządu wzroku	<input type="checkbox"/>
upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/>
inne	<input type="checkbox"/>

Źródło informacji o możliwości uzyskania dofinansowania: -firma handlowa media MOPS Sopot
 PFRON inne, jakie

5. Sytuacja mieszkaniowa – warunki mieszkaniowe (wypełnia pracownik MOPS – szczegółowy opis może zawierać adnotacja urzędowa sporządzona w trakcie wstępnej wizji lokalnej)

złe
przeciętne
dobrze
bardzo dobre

6. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania*

dom jednorodzinny, wielorodzinny prywatny, wielorodzinny komunalny, wielorodzinny spółdzielczy, inne
budynek parterowy, piętrowy, mieszkanie na piętrze
przybliżony wiek budynku lub rok budowy
tytuł prawny do lokalu: własność, własność spółdzielcza, spółdzielcze prawo lokatorskie, mieszkanie w zasobach miasta (umowa najmu), inne
opis mieszkania: pokoje (proszę podać liczbę), z kuchnią, bez kuchni, z łazienką, bez łazienki, z wc, bez wc, łazienka jest wyposażona w: wannę, brodzik, kabinę prysznicową, umywalkę. W mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej, ciepłej, kanalizacja, centralne ogrzewanie, prąd, gaz
inne ważne informacje dotyczące warunków mieszkaniowych, które mogą mieć wpływ na ocenę wniosku:

7. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje ⁽¹⁾

samotnie	<input type="checkbox"/>
z rodziną	<input type="checkbox"/>
z osobami niespokrewnionymi	<input type="checkbox"/>

8. Oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Imię i nazwisko	stopień pokrewieństwa	Posiadane orzeczenie o niepełnosprawności		Średni miesięczny dochód (netto)
		stopień	rodzaj	
1.	Wnioskodawca			
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
Razem				

W przypadku kilku osób niepełnosprawnych zamieszkałych we wspólnym lokalu, jeżeli zakres dofinansowania obejmuje likwidację barier dla wszystkich niepełnosprawnych członków rodziny – należy dostarczyć kserokopie stosownych orzeczeń oraz zgodę na przetwarzanie danych osobowych (druk oświadczenia stanowi załącznik do wniosku).

9. Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił	
--	--

10. Sytuacja zawodowa ⁽¹⁾

zatrudniony/ prowadzący działalność gospodarczą	<input type="checkbox"/>
dzieci i młodzież do lat 18	<input type="checkbox"/>
osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym	<input type="checkbox"/>
bezrobotny poszukujący pracy/ rencista poszukujący pracy	<input type="checkbox"/>
rencista/ emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy	<input type="checkbox"/>
inne	<input type="checkbox"/>

11. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON i Gminy Miasta Sopotu (dotyczy wyłącznie środków z budżetu Gminy Miasta Sopotu stanowiących dofinansowanie z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej)

nie korzystałam/em korzystałam/em¹⁾

Nazwa instytucji, programu, w ramach którego została przyznana pomoc	Przedmiot dofinansowania	Imię i nazwisko osoby, której przyznano pomoc	Numer i data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania ze środków		Rozliczono ¹⁾	
				PFRON	Gminy Miasta Sopotu	tak	nie
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Razem uzyskane dofinansowanie							

12. Oświadczam, że nie posiadam/ posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych ⁽¹⁾

13. Oświadczam, że nie byłam/em byłam/em, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON lub środków z budżetu Miasta Sopotu w zakresie rehabilitacji społecznej lub zawodowej, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie ⁽¹⁾

16. Nazwa banku i numer rachunku bankowego Wnioskodawcy

Nazwa banku:	Numer rachunku:
--------------	-----------------

17. 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

Kwota:	Źródło finansowania:
--------	----------------------

18. Informacja o innych źródłach finansowania zadania

Kwota:	Źródło finansowania:
--------	----------------------

O dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które mają trudności w poruszaniu się, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności oraz jeżeli realizacja wniosku umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem.

Dofinansowanie ze środków Funduszu nie przysługuje, jeżeli podmiot ubiegający się o dofinansowanie ma zaległości wobec Funduszu lub podmiot ten był, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu lub środków z budżetu Miasta Sopotu w zakresie rehabilitacji społecznej lub zawodowej, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tego podmiotu.

Wysokość dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych wynosi do 80% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości 15-krotnego przeciętnego wynagrodzenia.

Podstawa prawna: *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych* (tj.: z 2015 r. Dz. U. poz. 926 z późn. zm.)

Uprzedzona/y o odpowiedzialności za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku i w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

Przyjmuję do wiadomości, że dofinansowanie nie może obejmować kosztów poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.

Sopot, dnia

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy, pełnomocnika
lub opiekuna prawnego

⁽¹⁾ proszę wstawić X we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej:

1. orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy lub inne orzeczenie równoważne, a w przypadku osób do lat 16 orzeczenie o niepełnosprawności (kopia, oryginał do wglądu),
2. dowód osobisty (do wglądu),
3. kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą,

