

Nr wniosku.....

## WNIOSEK

### O PRYZNANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH 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](http://www.goin.gliwice.pl).

#### DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ)

Nazwisko i imię .....nr PESEL .....

nr telefonu.....

**adres zamieszkania :** miejscowość .....kod pocztowy.....

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

**adres stałego zameldowania :**.....

#### Dowód osobisty.

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

ważny do .....

Stopień niepełnosprawności:\*

☐

znaczny (inwalida I grupy)

☐

lekki (inwalida III grupy)

☐

umiarkowany (inwalida II grupy)

☐

niepełnosprawność dotyczy dziecka

#### PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej, opiekun prawny lub pełnomocnik)\*\*

Imię i nazwisko: ..... nr PESEL .....

**adres:** miejscowość ..... kod pocztowy.....

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

#### Dowód osobisty

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

ustanowiony opiekunem\*\* postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. .... sygn. Akt .....

na mocy pełnomocnictwa\*\* potwierdzonego przez Notariusza z dn. ....repet. Nr .....

#### PRZEDMIOT WNIOSKU

Proszę o dofinansowanie .....

**MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA** (adres ): .....

**1. PRZEWIDYWANY CAŁKOWITY KOSZT REALIZACJI ZADANIA BRUTTO** .....zł

**2. WNIOSKOWANA WYSOKOŚĆ KWOTY DOFINANSOWANIA BRUTTO:**..... zł

**3. UZASADNIENIE KONIECZNOŚCI USUNIĘCIA BARIER:** (wypełnia Wnioskodawca)

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

☐ środki własne, ☐ kredyt, ☐ inne ..... (wpisać jakie)\*

**5. 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 .....
- ☐ **Aktywny Samorząd** nr i data podpisania umowy .....

**OŚWIADCZENIA**

Niniejszym oświadczam, że przeciętny **miesięczny dochód (netto)** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym**, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił: .....zł.

Liczba członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi (łącznie z wnioskodawcą):.....

| OSOBY<br>POZOSTAJĄCE WE<br>WSPÓLNYM<br>GOSPODARSTWIE<br>DOMOWYM<br>(wpisać wyłącznie<br>stopień<br>pokrewieństwa) | ROK<br>URODZENIA | PRZECIĘTNY<br>MIESIĘCZNY<br>DOCHÓD W<br>ROZUMIENIU<br>USTAWY O<br>ŚWIADCZENIACH<br>RODZINNYCH**<br>( <b>DOCHÓD<br/>BRUTTO</b> ) | PODATEK<br>NALEŻNY | SKŁADKI NA<br>UBEZPIECZENIE<br>SPOŁECZNE I<br>ZDROWOTNE<br>ODLICZONE OD<br>DOCHODU | DOCHÓD<br>NETTO | ŹRÓDŁO<br>DOCHODU |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|
|                                                                                                                   |                  | 1                                                                                                                               | 2                  | 3                                                                                  | (1-2-3)         |                   |
| wnioskodawca                                                                                                      |                  |                                                                                                                                 |                    |                                                                                    |                 |                   |
|                                                                                                                   |                  |                                                                                                                                 |                    |                                                                                    |                 |                   |
|                                                                                                                   |                  |                                                                                                                                 |                    |                                                                                    |                 |                   |
|                                                                                                                   |                  |                                                                                                                                 |                    |                                                                                    |                 |                   |

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

**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.**

**Nie jestem/ jestem płatnikiem podatku VAT\***

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

**Zostałem/ łem 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.**

.....  
Data i czytelny podpis Wnioskodawcy,  
Pełnomocnika lub opiekuna prawnego

\* właściwe zaznaczyć znakiem x, \*\* niewłaściwe skreślić

## 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
- ✓ Wysokość dofinansowania uzależniona jest od dochodu na osobę w gospodarstwie domowym zgodnie z przyjętymi „Zasadami...”

| KRYTERIUM DOCHODOWE                            |                                                | PROCENT DOFINANSOWANIA |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------|
| OSOBA SAMOTNA                                  | OSOBA W RODZINIE                               |                        |
| do 65% przeciętnego wynagrodzenia              | do 50% przeciętnego wynagrodzenia              | do 80%                 |
| powyżej 65% do 100% przeciętnego wynagrodzenia | powyżej 50% do 100% przeciętnego wynagrodzenia | do 60%                 |
| Powyżej 100% przeciętnego wynagrodzenia        |                                                | do 40%                 |

**przeciętne wynagrodzenie** oznacza przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt 3 ustawy z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. Nr 162, poz. 1118 i z 1999 r. Nr 38, poz. 360).

### 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.

## INFORMACJA SZCZEGÓŁOWA O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH ZBIERANYCH PRZEZ OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W GLIWICACH

1. Dane osobowe zbieramy i przetwarzamy ręcznie oraz automatycznie w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Podanie wszelkich dodatkowych danych ponad wymagane jest dobrowolne i równoznaczne ze zgodą na ich wykorzystanie.

2. Dane osobowe wykorzystujemy również w celu:

- ✓ sprawniejszej komunikacji z klientami Ośrodka (w tym MZON) – w tym celu prosimy o podanie danych kontaktowych, tj. numeru telefonu; podanie tych danych jest dobrowolne. Wówczas zawsze mają Państwo prawo nie podać danych bez żadnych konsekwencji prawnych, a ich podanie jest traktowane jak zgoda na ich wykorzystanie,
- ✓ realizacji innych obowiązków i uprawnień wynikających z przepisów prawa w związku z wykonywaniem zadań publicznych w tym zapewnienia dostępu do informacji o stanie załatwienia spraw, do czego jesteśmy zobowiązani ustawą o dostępie do informacji publicznej (art. 6 ust. 1 pkt 3) lit. e)),
- ✓ zawierania i wykonania umów cywilnoprawnych i z zakresu prawa pracy – w takim przypadku, niepodanie danych uniemożliwi zawarcie umowy lub jej wykonanie.

3. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Gliwicach, ul. Górnych Wałów 9, 44-100 Gliwice.

W zakresie zadań związanych z wydawaniem orzeczeń o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności zgodnie z art. 6d ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych a także w zakresie wydawania kart parkingowych w trybie art. 8 ust. 4 ustawy z dnia 20.06.1997 r. prawo o ruchu drogowym, funkcję administratora danych pełni Przewodnicząca Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności (ul. Bojkowska 20, 44-100 Gliwice).

4. Każda osoba, której dane dotyczą może korzystać z następujących uprawnień:

- ✓ żądania od Administratora dostępu do Pani/Pana danych osobowych,
- ✓ żądania od Administratora sprostowania Pani/Pana danych osobowych,
- ✓ żądania od Administratora usunięcia Pani/Pana danych osobowych,
- ✓ żądania od Administratora ograniczenia przetwarzania Pani/Pana danych osobowych,

- ✓wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych,
- ✓przenoszenia Pani/Pana danych osobowych,
- ✓wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

5. Dodatkowe informacje:

Dane osobowe mogą być przekazywane:

- ✓innym podmiotom, w celu wykonywania zadań publicznych,
- ✓innym osobom lub podmiotom, jeżeli przepis prawa nakłada na administratora danych osobowych obowiązek udostępnienia przetwarzanych danych osobowych.

Okres przechowywania danych osobowych określają przepisy kancelaryjno-archiwalne natomiast dane z monitoringu przechowujemy 14 dni od dnia nagrania.

W Ośrodku nie ma miejsca zautomatyzowane podejmowanie decyzji w indywidualnych przypadkach, w tym profilowanie.

Niepodanie danych lub podanie niepełnych danych może uniemożliwić załatwienie sprawy i wywołuje skutki wynikające wprost z przepisów.

W razie pytań i wątpliwości związanych z przetwarzaniem danych osobowych zbieranych przez Ośrodek można się kontaktować za pomocą poczty tradycyjnej, listownie na adres: ul. Górnych Wałów 9, 44-100 Gliwice, poprzez: kontakt e-mailowy pod adresem: ops@ops.gliwice.eu.

### WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW WYPEŁNIA PRACOWNIK OPS

|                             | NAZWA ZAŁĄCZNIKA                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ZAŁĄCZONO<br>TAK/NIE | uzupełniono<br>(data) |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------|
| 1                           | Oferta cenowa                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                      |                       |
| 2                           | Kopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu)                                                                                                                                                                                                                                                |                      |                       |
| 3                           | dokument potwierdzający tytuł prawny do lokalu w którym ma być przeprowadzona likwidacja barier technicznych - jeśli konieczne (oryginał do wglądu)                                                                                                                                                       |                      |                       |
| 4                           | Zgoda właściciela (zarządcy) lokalu lub budynku na wykonanie wnioskowanego zakresu prac – jeśli konieczne                                                                                                                                                                                                 |                      |                       |
| 5                           | Dokument potwierdzający zameldowanie (w przypadku zameldowania czasowego)                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                       |
| 6                           | Pozwolenie na budowę (przebudowę) z właściwego urzędu – jeśli jest konieczne                                                                                                                                                                                                                              |                      |                       |
| 7                           | Kopia pełnomocnictwa notarialnego lub postanowienia sądu (w przypadku ustanowienia pełnomocnika lub opiekuna prawnego)                                                                                                                                                                                    |                      |                       |
| 8                           | Zgoda na przetwarzanie danych osób innych niż wnioskodawca (osoba niepełnosprawna), których dane zostały przekazane do OPS w ramach niniejszego wniosku (pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, pełnomocnicy, opiekunowie prawni, przedstawiciele ustawowi) druk do pobrania w OPS |                      |                       |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                       |
| <b>ZAŁĄCZNIKI DODATKOWE</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                       |
| 1                           | Kopie orzeczenia o niepełnosprawności osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe z Wnioskodawcą jeśli istnieją (oryginały do wglądu)                                                                                                                                                                   |                      |                       |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                       |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                       |

### OCENA PUNKTOWA WNIOSKU - WYPEŁNIA PRACOWNIK OPS

| LP           | KRYTERIUM OCENY WNIOSKU                                                                                                                                                            | PUNKTY |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 1            | WYNIKAJĄCA Z POSIADANEJ (ORZECZONEJ) NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI KONIECZNOŚĆ PORUSZANIA SIĘ NA WÓZKU INWALIDZKIM/ OSOBY OBŁOŻNIE LEŻĄCE/OSOBY NIEWIDOME/ OSOBY GŁUCHE/OSOBY GŁUCHONIEWIDOME |        |
| 2            | WYNIKAJĄCA Z POSIADANEJ (ORZECZONEJ) NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI KONIECZNOŚĆ PORUSZANIA SIĘ PRZY POMOCY KUL/BALKONIK                                                                        |        |
| 3            | ORZECZENIE O ZNAČNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (LUB RÓWNOWAŻNE)/ ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W PRZYPADKU OSÓB DO 16 R.Ż.                                                      |        |
| 4            | ORZECZENIE O UMIARKOWANYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (LUB RÓWNOWAŻNE)                                                                                                              |        |
| 5            | ZAMIESZKIWANIE SAMOTNE                                                                                                                                                             |        |
| 6            | DODATKOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE ZAMIESZKUJĄCE WSPÓLNIE Z WNIOSKODAWCĄ                                                                                                              |        |
| 7            | NIEKORZYSTANIE Z BT W PRZECIĄGU OSTATNICH 6 LAT                                                                                                                                    |        |
| <b>RAZEM</b> |                                                                                                                                                                                    |        |

przyznany procent dofinansowania .....

.....  
DATA I PODPIS PRACOWNIKA OPS