

6. Rodzaj niepełnosprawności

- dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim;
- wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk
- inna dysfunkcja narządu ruchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu mowy
- deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
- niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
- inny (jaki?).....

7. Sytuacja zawodowa

- pracujący
- prowadzący działalność gospodarczą
- osoba ucząca się w wieku od lat 18 do 25
- bezrobotny poszukujący pracy /rencista poszukujący pracy
- emeryt / rencista nie poszukujący pracy
- dzieci i młodzież do lat 18
- inna(jaka?).....

8.Sytuacja rodzinna

- samotne gospodarstwo domowe
- wspólne gospodarstwo domowe
- inne osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym, ile:.....

9.Sytuacja mieszkaniowa- warunki mieszkaniowe:

Opis budynku i mieszkania(**proszę podkreślić właściwą odpowiedź**)

- dom jednorodzinny, wielorodzinny prywatny, wielorodzinny komunalny, wielorodzinny spółdzielczy, inne.....,
- budynek parterowy, piętrowy, mieszkanie napiętrze,
- budynek posiada / nie posiada windę,
- przybliżony wiek budynku lub rok budowy,
- opis mieszkania: pokoje(liczba), 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 informacje o warunkach mieszkaniowych

10. Przewidywany koszt realizacji zadania:

Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier i orientacyjny koszt (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

11. Przewidywany termin rozpoczęcia zadania:
przewidywany czas realizacji zadania:

12. 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 dofinansowania
.....
.....

13. Informacja o innych źródłach finansowania zadania, potwierdzona odpowiednimi dokumentami:
.....
.....

14. Korzystanie ze środków finansowych PFRON

Cel -nazwa zadania ustawowego oraz /lub nazwa programu celowego, w ramach którego przyznana została pomoc	Nr i data zawarcia umowy	Kwota przyznana	Termin rozliczenia	Kwota rozliczona
	Razem kwota przyznana:		Razem kwota rozliczona:	

15. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON: zł,
słownie:.....

16. Oświadczenie o wysokości dochodów:

Oświadczam, że przeciętny **miesięczny dochód** rodziny, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku** wynosił zł. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

OŚWIADCZAM, ŻE

- Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.
- Nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

INFORMACJA

- Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zostanie rozpatrzony po określeniu przez Radę Miasta Katowice limitu środków finansowych przypadających w danym roku kalendarzowym na realizację zadań z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej.
- Kwota dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia (w przypadku ograniczonych środków finansowych procent dofinansowania może ulec zmniejszeniu).
- Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.

- Realizacja dofinansowania jest zależna od opłacenia udziału własnego w postaci różnicy pomiędzy kwotą dofinansowania, ewentualnym dofinansowaniem z innych źródeł, a całkowitym kosztem realizacji zadania.
- O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku należy niezwłocznie poinformować Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Katowicach.
- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Katowicach z siedzibą przy ulicy Jagiellońskiej 17 w Katowicach, tel: 322510087, e-mail: kancelaria@mops.katowice.pl
- We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem Pana/Pani danych osobowych można kontaktować się z inspektorem ochrony danych osobowych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Katowicach : adres e-mail: ochronadanych@mops.katowice.pl, tel: 322510087, adres skrytki ePUAP: /f7s0tdv03y/skrytka.
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań wynikających z Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz w celach archiwalnych na podstawie Ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
- Przetwarzanie danych następuje na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, rozporządzeń wykonawczych do przedmiotowej ustawy oraz programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych.
- Dane nie będą udostępniane innym odbiorcom, za wyjątkiem przypadków, kiedy obowiązek udostępnienia danych wynika z przepisów prawa. Mogą być jednak przekazywane innym podmiotom zapewniającym obsługę administracyjną, prawną, techniczną, informatyczną, transportową MOPS na podstawie zawartych umów powierzenia. Podmioty te nie będą uprawnione do przetwarzania danych we własnych celach.
- Dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych – zgodnie z Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt zatwierdzonym przez Archiwum Państwowe.
- Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
- Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza obowiązujące przepisy prawne.
- Podanie danych osobowych jest obowiązkowe. Odmowa podania danych będzie skutkować brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku.
- **Szczegółowe informacje i wyjaśnienia dostępne na stronie MOPS Katowice (www.mops.katowice.pl).**

.....
*podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego,
pełnomocnika osoby niepełnosprawnej*

** Właściwe zaznaczyć*

Załączniki do wniosku:

I etap:

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r, o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności.
3. Dokument potwierdzający tytuł prawny do lokalu, w którym ma być przeprowadzona likwidacja barier architektonicznych.

II etap: po zakwalifikowaniu wniosku do realizacji w danym roku kalendarzowym wymagane są następujące załączniki:

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Z a ś w i a d c z e n i e

dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Katowicach w celu **dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych** ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

1. Dane osoby, której dotyczy wniosek o przyznanie dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych ze środków PFRON:

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania

2. Rodzaj, przyczyna niepełnosprawności, opis choroby

zasadniczej:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Osoba niepełnosprawna wymieniona w pkt. 1 porusza się: * (właściwe zaznaczyć):

samodzielnie

przy pomocy balkonika

przy pomocy kul lub kuli

wyłącznie na wózku inwalidzkim

jest osobą leżącą wymagającą opieki osób drugih

4. Inne istotne informacje zdrowotne uzasadniające konieczność likwidacji barier architektonicznych:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis lekarza