

Data wpływu:  
Nr sprawy:

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej**  
w Jeleniej Górze  
Dział Rehabilitacji  
al. Jana Pawła II 7, 58-506 Jelenia Góra  
NIP 611-14-56-516, REGON 003271314  
tel.: 075-755-88-01 tel./fax.: 075-755-88-02  
[www.mops.jelenia-gora.pl](http://www.mops.jelenia-gora.pl) e-mail: dr@mops.jelenia-gora.pl



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

## WNIOSEK

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

#### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

##### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

##### ADRES ZAMIESZKANIA

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

<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	

### ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

### DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Wartość
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

### ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Nazwa pola	Wartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	

<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Nr telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

### STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

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

<p><b>Rodzaj niepełnosprawności:</b></p>	<p><input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe  <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne  <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu              <input type="checkbox"/> osoba głucha              <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema  <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku              <input type="checkbox"/> osoba niewidoma              <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma  <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu              <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego              <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych  <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja  <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia  <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego  <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego  <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne  <input type="checkbox"/> 11-I – inne  <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe</p>
<p><b>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:</b></p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p><b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b></p>	<p><input type="checkbox"/> 2 przyczyny  <input type="checkbox"/> 3 przyczyny</p>

## ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne  wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:**

**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:**

**w tym liczba osób niepełnosprawnych:**

**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%):	
Słownie:	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:	
Słownie:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:	
Deklarowane środki własne:	
Inne źródła finansowania:	
Cel dofinansowania i uzasadnienie:	

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

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

<b>Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:</b>	
<b>Miejsce realizacji zadania:</b>	
<b>Termin rozpoczęcia:</b>	
<b>Przewidywany czas realizacji:</b>	

### 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/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

Nazwa pola	Wartość
<b>Właściciel konta (imię i nazwisko):</b>	
<b>Nazwa banku:</b>	
<b>Nr rachunku bankowego:</b>	

- W kasie lub przekazem pocztowym (o ile Realizator dopuszcza taką formę płatności)  
 Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

### OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
<b>Budynek:</b>	<input type="checkbox"/> dom jednorodzinny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny prywatny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny komunalny, <input type="checkbox"/> wielorodzinny spółdzielczy
<b>Ilość pięter:</b>	<input type="checkbox"/> budynek parterowy, <input type="checkbox"/> piętrowy, <input type="checkbox"/> mieszkanie na piętrze (którym?):
<b>Przybliżony wiek budynku lub rok budowy:</b>	
<b>Liczba pokoi:</b>	<input type="checkbox"/> + kuchnia, <input type="checkbox"/> + łazienka, <input type="checkbox"/> + wc

<b>Łazienka jest wyposażona w:</b>	<input type="checkbox"/> wannę, <input type="checkbox"/> brodzik, <input type="checkbox"/> kabinę prysznicową, <input type="checkbox"/> umywalkę
<b>W mieszkaniu jest:</b>	<input type="checkbox"/> instalacja wody zimnej, <input type="checkbox"/> ciepłej, <input type="checkbox"/> kanalizacja, <input type="checkbox"/> centralne ogrzewanie, <input type="checkbox"/> prąd, <input type="checkbox"/> gaz
<b>Inne informacje o warunkach mieszkaniowych:</b>	

## SYTUACJA ZAWODOWA

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- 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 / jakie?

## OŚWIADCZENIE

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: zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Upředzony/upředzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

### **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

<b>Lp.</b>	<b>Plik</b>

### **UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

<b>Lp.</b>	<b>Plik</b>

### **LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE**

<b>Lista</b>





# Załącznik nr 2 RS LBA

## INFORMACJA

Likwidacja barier funkcjonalnych

Zgodnie z rozporządzeniem 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 (Dz. U. z 2015 r., poz. 926), ze środków Funduszu może być dofinansowana likwidacja barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych.

Realizacja powyższych zadań ma na celu umożliwienie lub w znacznym stopniu ułatwienie osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem.

Pisemny wniosek o dofinansowanie likwidacji wyżej wymienionych barier funkcjonalnych osoba niepełnosprawna składa w powiatowym centrum pomocy rodzinie właściwym dla miejsca zamieszkania.

**O dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które mają trudności w poruszaniu się.**

**O dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.**

Dofinansowanie likwidacji poszczególnych barier przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie uzyskały odpowiednio dofinansowania ze środków Funduszu na ten cel, tj. jeżeli osoba niepełnosprawna w ciągu ostatnich trzech lat otrzymała dofinansowanie np. do likwidacji barier technicznych, to o kolejne dofinansowanie na ten cel może ubiegać się po upływie trzech lat, natomiast nie wyklucza to możliwości otrzymania dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się i/lub architektonicznych. Termin trzyletni dotyczy odrębnie każdej z barier (z wyłączeniem barier architektonicznych).

Dofinansowanie likwidacji barier nie przysługuje, jeżeli osoba niepełnosprawna ma zaległości wobec Funduszu lub jeżeli osoba ta w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku była stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po jej stronie.

Ponadto dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy.

Wysokość dofinansowania likwidacji barier funkcjonalnych wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

Przepisy przedmiotowego rozporządzenia nie definiują zakresu żadnej z barier. W związku z powyższym można przyjąć, iż:

**bariery architektoniczne** to wszelkie utrudnienia występujące w budynku i w jego najbliższej okolicy, które ze względu na rozwiązania techniczne, konstrukcyjne lub warunki użytkowania uniemożliwiają lub utrudniają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym;

**bariery techniczne** to przeszkody wynikające z braku zastosowania lub niedostosowania, odpowiednich do rodzaj niepełnosprawności, przedmiotów lub urządzeń. Likwidacja tej bariery powinna powodować sprawniejsze działanie osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie i umożliwić wydajniejsze jej funkcjonowanie;

**bariery w komunikowaniu się** to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji.

.....  
Miejscowość

.....  
Data

.....  
Podpis Wnioskodawcy

# Załącznik nr 3 RS LBA

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), w zbiorze danych osobowych prowadzonych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Jeleniej Górze, al. Jana Pawła II 7, dla celów związanych z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w oparciu o zapisy ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania – t.j. uprawnienia wynikające z art. 24 ust. 1 oraz art. 32 ustawy o ochronie danych osobowych.

.....  
Miejscowość, data i podpis składającego oświadczenie

### Obowiązek Informacyjny

na podstawie art.13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia o ochronie danych osobowych (UE) 2016/679

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Jeleniej Górze al. Jana Pawła II nr 7.**
2. W sprawach związanych z Pana/i danymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, e-mail [iod@mops.jelenia-gora.pl](mailto:iod@mops.jelenia-gora.pl).
3. Państwa dane będą przetwarzane do celów związanych z **ubieganiem się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w oparciu o zapisy ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.**
4. *Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu rozpatrzenia wniosku, udzielenia środków na podstawie umowy, wypłacenia środków, ich rozliczenia, kontrolowania prawidłowości realizacji umowy oraz zabezpieczenia zwrotu środków, a także kontroli zgodności tych czynności z przepisami prawa*
5. Dane mogą być udostępniane przez Adresata:
  - a) Pełnomocnikowi Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych lub Prezesowi Zarządu PFRON w celu przeprowadzenia kontroli prawidłowości realizacji zadania udzielania środków na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej lub działalności w formie spółdzielni socjalnej na podstawie ustawy,
  - b) Komisji Europejskiej w celu przeprowadzenia kontroli na podstawie rozporządzenia Rady (UE) 2015/1589 z dnia 13 lipca 2015 r. ustanawiającego szczegóły we zasady stosowania art. 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (Dz. Urz. UE L 248 z 29.09.2015, str. 9) oraz oceny zgodności udzielenia pomocy z warunkami udzielania pomocy de minimis określonymi w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1), pomocy de minimis w sektorze rolnym określonymi w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9) lub pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury określonymi w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014, str. 45)
6. *Dane osobowe będą przechowywane przez okres dziesięcioleci niezbędny do udzielenia pomocy oraz jej kontroli przez Komisję Europejską*
7. Przysługuje Panu/i prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (UODO) gdy uzna Pan/i, że przetwarzanie danych w procesie rekrutacji odbywa się w sposób naruszający przepisy RODO.

Podanie przez Panią/Pana danych wynika z przepisów powszechnie obowiązującego prawa.

## LISTA ZAŁĄCZNIKÓW

### Do I etapu:

1. Załącznik nr 1 Uzasadnienie – cel i konieczność likwidacji barier
2. Załącznik nr 2 Informacja
3. Załącznik nr 3 Oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych - RODO
4. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności / stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik.
5. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z wnioskodawcą, w przypadku takich osób.
6. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu).
7. Kopia decyzji o pobieraniu świadczeń z pomocy społecznej, jeśli takie występują.
8. Zaświadczenia o dochodach wnioskodawcy i osób wspólnie zamieszkałych.
9. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania (jeśli takie występują),
10. Dowód osobisty do wglądu,
11. W przypadku ustanowienia opiekuna prawnego lub pełnomocnika należy załączyć kserokopie dokumentów potwierdzających ten fakt

### Do II etapu:

1. Kosztorys / oferta cenowa.
2. Szkice mieszkania / pomieszczenia (przed i po wykonaniu prac).
3. Projekt i pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach).
4. Zgoda właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego na przeprowadzenie likwidacji barier architektonicznych (w koniecznych przypadkach).