

WNIOSEK DOTYCZY WYŁĄCZNIE MIESZKAŃCÓW MIASTA PRZEMYŚLA

MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ  
37-700 Przemyśl ul. Leszczyńskiego 3

.....  
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

RS. 652 ...../.....

.....  
data wpływu kompletnego wniosku(dzień, miesiąc, rok)

**W N I O S E K**

o dofinansowanie zakupu urządzeń (wraz z montażem) lub wykonania usług z zakresu likwidacji barier architektonicznych\*, w komunikowaniu się\* i technicznych\* ze środków PFRON(\*niepotrzebne skreślić)

**UWAGA ! przed wypełnieniem wniosku proszę zapoznać się z zasadami i procedurami udzielania dofinansowania ze środków PFRON na likwidację barier.**

\*\*\*\*\*

**I. Dane Wnioskodawcy-adres zamieszkania**

(osoba dorosła lub małoletnia) - proszę wypełniać drukowanymi literami

Nazwisko i imię		PESEL
seria nr	wydany w dniu	przez
Kod 37-700	Miejscowość PRZEMYŚL	Ulica ,nr
Stały adres zameldowania:		telefon
Nazwa banku		
Nr konta bankowego		
Miejsce likwidacji barier Przemyśl, ul.		

**II. Stopień niepełnosprawności <sup>(1)</sup>**

1. znaczny /inwalidzi I grupy/ osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji/	
2. umiarkowany / inwalidzi II grupy/ osoby całkowicie niezdolne do pracy/	
3. lekki / inwalidzi III grupy/ osoby częściowo niezdolne do pracy/	
4. osoby w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności	
5. osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 01.01.1998r.	

**III. Rodzaj niepełnosprawności<sup>(1)</sup>**

1. dysfunkcja narządu ruchu / wózek inwalidzki* / brak dłoni lub rąk*	
2. dysfunkcja narządu wzroku	
3. dysfunkcja narządu słuchu i mowy	
4. deficyt rozwojowy (niepełnosprawność intelektualna)	
5. inna niepełnosprawność (symbol)	

**IV. Sytuacja zawodowa <sup>(1)</sup>**

1. zatrudniony* / prowadzący działalność gospodarczą*	
2. osoba w wieku od lat 18 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3. bezrobotny poszukujący pracy*/ rencista poszukujący pracy*	
4. rencista* / emeryt * nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do lat 18	

(1) wstawić X we właściwej rubryce  
\* niepotrzebne skreślić



**IX. Cel likwidacji barier**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**X. Termin rozpoczęcia i przewidywany termin realizacji zadania**

.....

**XI. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania .....zł.**

(słownie złotych:.....)

co stanowi .....% ceny brutto

**XII. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonym na ten cel**

.....  
.....

.....  
*podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego\*, opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\**

**Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik**

.....

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

*dowód osobisty*  
nr PESEL ....., nr NIP.....

miejsowość ..... ul.....nr domu....nr  
lokalu.....

nr kodu .....-....., poczta .....,nr tel./faxu ( nr kier.) .....

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

na mocy pełnomocnictwa\* potwierdzonego przez Notariusza .....

z dnia..... repet. nr .....

- niepotrzebne skreślić

### **Załączniki do wniosku:**

1. Kopia dokumentów potwierdzających niepełnosprawność **(oryginał do wglądu)**.
2. Kopia dokumentów potwierdzających niepełnosprawność osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób **(oryginały do wglądu)**.
3. Aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu oraz wpływ stanu zdrowia na poruszanie się i wykonywanie podstawowych czynności życiowych uzasadniający wniosek z zakresu likwidacji barier. **(czytelne, w języku polskim)**.
4. Zgoda właściciela lokalu lub budynku, w którym ma nastąpić likwidacja barier w przypadkach jeśli taka zgoda jest wymagana.
5. Udokumentowana podstawa prawna do zamieszkania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier (własność, umowa najmu). *(Barьеры architektoniczne i techniczne)*
6. Oferta cenowa, kosztorys, w uzasadnionych przypadkach pozwolenie na budowę,

### **Uwaga:**

1. O dofinansowanie na likwidację barier w komunikowaniu i technicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.
2. O dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, które mają trudności w poruszaniu się.
3. Wysokość dofinansowania wynosi do 80% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej niż równowartość piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.
4. Wnioski można składać w każdym czasie.
5. Podstawę dofinansowania stanowi umowa zawarta pomiędzy Wnioskodawcą i Prezydentem Miasta Przemysła.

### ***UWAGA!***

***Przed podpisaniem umowy nie należy dokonywać zakupu i wykonywać prac związanych z likwidacją barier!***

6. W przypadku likwidacji barier architektonicznych i technicznych po dokonaniu wizji lokalnej w mieszkaniu, Wnioskodawca zobowiązany jest dostarczyć dokumenty określone w protokole z wizji lokalnej, np.:
  - szkic mieszkania
  - projekt i kosztorys,
  - pozwolenie na budowę (w koniecznych przypadkach)
  - przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego

### **UWAGA!**

**Wnioski o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych zostaną rozpatrzone po podjęciu uchwały w sprawie określenia zadań i wysokości środków PFRON na bieżący rok przez Radę Miejską w Przemyslu.**

## Oświadczenie

### I.

Pouczony o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art.233 § 1 Ustawy z 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny –za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy\* oświadczam co następuje:

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....  
/ uprawniony, jego współmałżonek/ małżonka i dzieci/.

Miesięczny dochód mojej rodziny obliczony za kwartał  
poprzedzający miesiąc , w którym składany jest wniosek wynosi: .....

Kwota alimentów świadczonych przez  
osoby pozostające we wspólnym  
gospodarstwie domowym na rzecz innych osób .....

**Miesięczny dochód  
w przeliczeniu na jednego członka  
wspólnego gospodarstwa domowego  
wynosi \*\***

.....

\*art.233

§1 Kto składając zeznanie 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 trzech.

§ 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

### II.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r, o ochronie danych osobowych /tekst jednolity Dz. U. z 2002 r, nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami/ dotyczących mojej osoby /mojego małoletniego dziecka/ przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Przemyślu w ramach realizacji zadania dofinansowania likwidacji barier funkcjonalnych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

### III.

**Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.**

.....  
/podpis osoby przyjmującej  
oświadczenie/

.....  
data

.....  
/podpis osoby składającej  
oświadczenie/

**\*\*Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego wynosi** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych **to dochód** pomniejszony o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.