



**MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
W ŁODZI**

Wydział ds. Rehabilitacji Społecznej
Osób Niepełnosprawnych
90-012 Łódź, ul. Kilińskiego 102/102A
NIP 725-00-28-902, tel. (42) 685 43 55

Data

nr wniosku

Liczba punktów

WNIOSEK

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych
w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej**

(Proszę wypełnić drukowanymi literami)

I: Dane wnioskodawcy

SKŁADAM WNIOSEK:

- ☐ we własnym imieniu
- ☐ jako rodzic / opiekun prawny niepełnoletniego dziecka / podopiecznego
- ☐ jako opiekun prawny / pełnomocnik

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania: Łódź (kod)..... ul.

Telefon: e-mail

PESEL:

II: Dane dotyczące Twojego dziecka / podopiecznego (jeżeli dotyczy)

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania: Łódź (kod)..... ul.

PESEL:

Podstawa prawna do reprezentowania dziecka / podopiecznego przez wnioskodawcę:

- ☐ akt urodzenia dziecka (tylko w przypadku, kiedy składasz wniosek po upływie więcej niż 5 lat od poprzedniego wniosku)
- ☐ zaświadczenie sądowe Sygn. Akt
- ☐ pełnomocnictwo notarialne albo z podpisem notarialnie poświadczonym
Repertorium A nr..... z dnia

III: Informacje o niepełnosprawności

Posiadane orzeczenie

- a) o stopniu niepełnosprawności ☐ znacznym ☐ umiarkowanym ☐ lekkim
- b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów ☐ I ☐ II ☐ III
- c) ☐ o niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji ☐ o całkowitej niezdolności do pracy
☐ o częściowej niezdolności do pracy ☐ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym
- d) ☐ o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

Jaki masz rodzaj niepełnosprawności

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku, wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk
- ☐ inna dysfunkcja narządu ruchu
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku
- ☐ inna niepełnosprawność / dysfunkcja (jaka ?)

IV: Jaka jest Twoja sytuacja zawodowa

- ☐ dziecko do 18 roku życia
- ☐ osoba w wieku od 18 do 24 lat - ucząca się lub studiująca
- ☐ zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą
- ☐ bezrobotny poszukujący pracy zarejestrowany w urzędzie pracy
- ☐ rencista / emeryt

V: Jaka jest Twoja sytuacja mieszkaniowa

1. Rodzaj budynku:

- ☐ dom jednorodzinny ☐ wielorodzinny prywatny
- ☐ wielorodzinny komunalny ☐ wielorodzinny spółdzielczy
- ☐ inne:

2. Podstawa prawna zamieszkania:

- ☐ mieszkanie własnościowe – akt notarialny
- ☐ mieszkanie komunalne – umowa najmu
- ☐ wynajem od osoby prywatnej – umowa najmu
- ☐ inne:

3. Opis mieszkania:

piętro liczba pokoi

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> łazienka i wc – w oddzielnych pomieszczeniach | <input type="checkbox"/> z łazienką bez wc |
| <input type="checkbox"/> łazienka i wc - w jednym pomieszczeniu | <input type="checkbox"/> z wc bez łazienki |
| <input type="checkbox"/> z kuchnią | <input type="checkbox"/> bez kuchni |
| <input type="checkbox"/> inne | |

4. Łazienka jest wyposażona w:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> wannę | <input type="checkbox"/> umywalkę |
| <input type="checkbox"/> kabinę prysznicową | <input type="checkbox"/> inne: |

5. W mieszkaniu jest:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> instalacja wody zimnej | <input type="checkbox"/> instalacja wody ciepłej |
| <input type="checkbox"/> kanalizacja | <input type="checkbox"/> centralne ogrzewanie (<i>jakie</i>)..... |
| <input type="checkbox"/> prąd | <input type="checkbox"/> gaz |

6. Inne informacje

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Mieszkam:

- ☐ samotnie
- ☐ z rodziną
- ☐ z osobami niespokrewnionymi

Osoby, które wspólnie z Tobą zamieszkują (w tym inne osoby z niepełnosprawnością):

Imię i nazwisko	Pokrewieństwo	Niepełnosprawność	
		stopień	rodzaj
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

VI. Jakie bariery chcesz zlikwidować ?

Miejsce (np. łazienka, wc., pokój, przedpokój itp.) i cel (np. likwidacja progów, wymiana wanny na niski brodzik, zakup podnośnika, zakup schodolazu, montaż windy itp.) likwidacji barier architektonicznych:

Wykaz jakie planujesz inwestycje i zakupy w celu likwidacji barier:

.....

.....

.....

.....

.....

Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:

.....

VII. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania:

(słownie złotych:)

Informacje dotyczące dofinansowania:

- Twój udział własny wynosi nie mniej niż 5%;
- Dofinansowanie **nie obejmuje** zakupów i robót poniesionych przed przyznaniem dofinansowania i zawarciem umowy z MOPS w Łodzi;
- **Przyznane dofinansowanie możesz wykorzystać tylko w roku kalendarzowym, w którym złożyłeś wniosek.**
- Jeżeli nie otrzymałeś dofinansowania w tym roku, a nadal jesteś zainteresowany uzyskaniem pomocy to w przyszłym roku musisz złożyć nowy wniosek wraz z załącznikami.
- Jeżeli nastąpiły jakieś zmiany po złożeniu wniosku należy je zgłosić do MOPS w Łodzi, w ciągu 14 dni.

Maksymalna kwota dofinansowania na rok 2022

Dofinansowanie wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia, jednak nie więcej niż:

- **15 000,00 zł** - likwidacja barier wewnątrz lokalu, np. przystosowanie pomieszczenia łazienki, poszerzenie drzwi, wyrównanie podłóg;
- **18 000,00 zł** - likwidacja barier wewnątrz lokalu o szerszym zakresie, np. przystosowanie pomieszczenia łazienki i wc, wygrodzenie pomieszczenia łazienki, wykonanie instalacji c.o.;
- **30 000,00 zł** - likwidacja barier zewnętrznych, np. montaż platformy schodowej, montaż windy pionowej, budowa podjazdu;
- **15 000,00 zł** - zakup urządzeń np. schodolazu, podnośnika transportowo-kąpielowego, podnośnika sufitowego, wyposażenia łazienki (bez prac budowlanych).

VIII. Oświadczenie o twoich dochodach

Oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby, których dochód wynosił:

		Średni miesięczny dochód netto
1.	Wnioskodawca:	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:		X
2.		
3.		
4.		
5.		
RAZEM		

Oświadczam, także że średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosizł

(słownie złotych:.....).

Wzór: sposób wyliczenia średniego miesięcznego dochodu netto przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

$$\begin{array}{l} \text{średni miesięczny dochód netto} \\ \text{przypadający na jedną osobę} \\ \text{pozostającą we wspólnym} \\ \text{gospodarstwie domowym} \\ \text{z Wnioskodawcą} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{łączny średni miesięczny dochód netto wykazany} \\ \text{w wierszu „Razem” w tabeli niniejszego} \\ \text{Oświadczenia} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana} \\ \text{w tabeli niniejszego Oświadczenia} \end{array}}$$

Do dochodu nie wlicza się: zasiłku pielęgnacyjnego oraz 500+.

Do dochodu wliczają się pozostałe świadczenia, np.: renta, emerytura, zasiłek opiekuńczy, alimenty itd.

IX. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON

Oświadczam, że korzystałem/am ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat

(np. turnus rehabilitacyjny, sprzęt rehabilitacyjny, sprzęt elektroniczny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze itp.): ☐ TAK ☐ NIE

Przedmiot dofinansowania	Data zawarcia umowy (rok)	Kwota przyznana (w zł)	Stan rozliczenia umowy (rozliczona / nierozliczona)

Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłem/am w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie

Informacje dla osób oraz rodzin, których dane osobowe przetwarzane są w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Łodzi w ramach zadań PFRON.

Informacje ogólne



Administratorem Państwa danych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łodzi, z siedzibą przy ulicy Kilińskiego 102/102a.

Wszelkie dane otrzymane od Państwa posłużą do ustalenia uprawnień do dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i tylko w takim celu będą wykorzystywane.

Zgłaszając się do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej mają Państwo obowiązek podać wszelkie informacje potrzebne do rzetelnego ustalenia Państwa sytuacji.

Niepodanie danych może skutkować odmową udzielenia dofinansowania. Państwa dane nie będą podlegać przetwarzaniu zautomatyzowanemu ani nie będą przekazywane do państw trzecich.



Okres przetwarzania

Zebrane dane będziemy przetwarzać przez okres potrzebny do realizacji celu, lecz nie krócej niż określają to przepisy o archiwizacji.



Inspektor Ochrony Danych

We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem przez MOPS w Łodzi danych osobowych można się kontaktować z Inspektorem Danych Osobowych za pomocą poczty elektronicznej pod adresem:

ochronadanych@mops.lodz.pl

Więcej informacji znajduje się na stronie internetowej:

<https://mops.uml.lodz.pl/informacje/ochrona-danych/>



Kategorie odbiorców

Na podstawie umów powierzenia danych oraz odrębnych przepisów będziemy przekazywać Państwa dane następującym kategoriom odbiorców: PFRON, agencje usługowo-opiekuńcze, placówki oświatowe, firmy serwisowe oraz organizacje pozarządowe, z którymi Ośrodek podpisał umowy na realizację zadań publicznych.



Prawa i skarga do Urzędu Ochrony Danych Osobowych

W związku z przetwarzaniem danych osobowych mają Państwo prawo do dostępu do swoich danych, ich sprostowania oraz usunięcia, jeśli minął czas w jakim przepisy prawa zobowiązują Ośrodek do ich przetwarzania.

Ponadto mają Państwo prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO).



Podstawa prawna

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2021 poz. 573).
- 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 (Dz.U. 2015 poz. 926).
- Ustawa z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. 2020 poz. 164).

Informacja:

Od 25 maja 2018 roku obowiązuje Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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). Informacja dla osób oraz rodzin, których dane osobowe przetwarzane są w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Łodzi,

Oświadczam, że informacje podane we wniosku są zgodne z prawdą oraz, że znane mi są regulacje prawne odnoszące się do przedkładania nieprawdziwych informacji oraz ponoszenia odpowiedzialności za nią.

Łódź, dnia

(podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika)

**Jeżeli składasz wniosek o dofinansowanie
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby
niepełnosprawnej wraz z nim musisz złożyć następujące załączniki:**

1. Kopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (*oryginał do wglądu*).
2. Kopie orzeczeń o stopniu niepełnosprawności osób zamieszkających wspólnie z Tobą (*oryginały do wglądu*) – jeżeli dotyczy.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie (wystawione do 3 miesięcy przed złożeniem wniosku) zawierające informację o rodzaju dysfunkcji i sposobie poruszania się, wystawione przez:
 - lekarza pierwszego kontaktu (rodzinnego) – jeżeli orzeczenie wydane jest z powodu dysfunkcji: wzroku (04-O), ruchu (05-R) lub neurologicznej (10-N);
 - lekarza specjalistę: neurologa, ortopedę, traumatologa lub rehabilitanta – w każdym innym przypadku.
4. Kopię udokumentowanej podstawy prawnej zamieszkania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych, np. akt własności, umowa najmu, wypis z księgi wieczystej (*oryginał do wglądu*).
5. Zgoda współwłaściciela/li lokalu na likwidację barier architektonicznych – jeżeli dotyczy.
6. Kopia aktu urodzenia dziecka (tylko w przypadku, kiedy składasz wniosek więcej niż 5 lat) – dotyczy osób do 18 roku życia (*oryginał do wglądu*).
7. Zaświadczenie o pobieraniu nauki lub kopię aktualnej legitymacji szkolnej (*oryginał do wglądu*) – w przypadku jeżeli uczysz się.
8. Zaświadczenie z zakładu pracy potwierdzające Twoje zatrudnienie (w przypadku osoby pracującej).
9. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku jeżeli jesteś osobą bezrobotną lub poszukującą pracy.
10. Faktura pro-forma lub oferta cenowa od sprzedawcy jeżeli przedmiotem wniosku jest zakup sprzętu, np.: schodolaza, podnośnika, windy pionowej itd.
11. Kopię postanowienia Sądu Rejonowego o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej, pełnomocnictwa w formie aktu notarialnego lub z podpisem notarialnie poświadczonym (*oryginał do wglądu*) – jeżeli dotyczy.

Decyzja Zespołu opiniującego wnioski I KOMISJA:

Kwota:

☐

POZYTYWNA

☐

NEGATYWNA

.....

Decyzja Zespołu opiniującego wnioski II KOMISJA:

Kwota:

☐

POZYTYWNA

☐

NEGATYWNA

.....