

┌ ┐
└ ┘
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....
data wpływu wniosku

MOPR- VII.40524. 1. 2021

WNIOSEK

**o dofinansowanie zakupu sprzętu lub wykonania usług z zakresu likwidacji
BARIER ARCHITEKTONICZNYCH
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

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

I. Dane Wnioskodawcy

Dane osoby dorosłej lub małoletniej ubiegającej się o dofinansowanie:

| | | | |
|--|-----------------------------|--|--|
| Imię | | PESEL | |
| Nazwisko ..... |  | ..... |  |
| Adres zamieszkania : Kod - POZNAŃ ul. | | Rodzaj budynku: Liczba kondygnacji: | |
| Adres korespondencyjny: Kod - Miejscowość (należy wpisać, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania) ul. | | | |
| Adres e-mail: | | Tel. Tel. Kom. | |
| Nazwa banku | Nr rachunku bankowego | | |

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

| | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--|
| Imię | | PESEL | |
| Nazwisko ..... |  | ..... |  |
| Adres zamieszkania: Kod - Miejscowość ul. .... |  | ..... |  |
| Adres korespondencyjny: Kod - Miejscowość (należy wpisać, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania) ul. | | | |
| Adres e-mail: | | Tel. Tel. Kom. | |
| Nazwa banku | Nr rachunku bankowego | | |
| Ustanowiony opiekunem* postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia sygnatura akt | | | |
| Na mocy pełnomocnictwa* potwierdzonego przez Notariusza z dnia repet. nr | | | |

* właściwe zaznaczyć

Posiadane orzeczenie *

| | |
|--|--------------------------|
| 1. znaczny (inwalidzi I grupy / osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji) | <input type="checkbox"/> |
| 2. umiarkowany (inwalidzi II grupy / osoby całkowicie niezdolne do pracy) | <input type="checkbox"/> |
| 3. lekki (inwalidzi III grupy / osoby częściowo niezdolne do pracy) | <input type="checkbox"/> |
| 4. osoby w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> |
| 5. osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 01.01.1998 r. | <input type="checkbox"/> |
| 6. osoby o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> |

II. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków Funduszu*:

- NIE otrzymałem/am wcześniej dofinansowania ze środków Funduszu
- otrzymałem/am dofinansowanie ze środków Funduszu zgodnie z poniższą tabelą:

* właściwie zaznaczyć

| Nr zawartej umowy | Data przyznania dofinansowania | Kwota przyznanego dofinansowania | Cel | Stan rozliczenia |
|-------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----|------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

III. Przedmiot dofinansowania / przewidywany koszt realizacji zadania

(wykaz planowanych zakupów i prac w celu likwidacji barier architektonicznych i przewidywany ich koszt) w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy*:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

..... zł
łącznie cena brutto

* Wnioskodawca dokonuje rozpoznania we własnym zakresie cen zakupu sprzętów, urządzeń i materiałów oraz kosztów robocizny wykonania usług, montażu i dostawy, związanych z likwidacją barier funkcjonalnych, dla własnych potrzeb wynikających ze stopnia niepełnosprawności - celem określenia ceny brutto realizacji zadania.

IV. Miejsce realizacji zadania

.....
.....

V. Opis stanu istniejącego (opis barier jakie występują w miejscu zamieszkania Wnioskodawcy):

.....
.....

VI. Cel dofinansowania (jakie efekty zamierza Wnioskodawca uzyskać w wyniku likwidacji barier):

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

VII. 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:

.....
.....

VIII. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania

.....

IX. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu:

..... zł

(słownie:..... zł),
co stanowi 95 % * ceny brutto zadeklarowanej przez Wnioskodawcę.

* zgodnie z pkt. 3 „Ogólnych zasad dofinansowania”

X. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania:

.....
.....

XI. Informacja o innych osobach niepełnosprawnych mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą.**

- NIE ma innych osób niepełnosprawnych w gospodarstwie domowym
- są inne osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym, wymienione w poniższej tabeli

** właściwe zaznaczyć

| Lp. | Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej | Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą | Stopień niepełnosprawności |
|-----|--|--------------------------------------|----------------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |

XII. Informacja o ubieganiu się o dofinansowanie w latach poprzednich.

Wnioskodawca w roku ubiegłym złożył wniosek o dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych i otrzymał odmowę z powodu braku środków:

TAK: data złożenia wniosku NIE

XIII. Oświadczenia wnioskodawcy:

1. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

| | |
|---|--|
| Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (uprawniony oraz jego współmałżonek/małżonka i dzieci) | |
| Miesięczny dochód* mojej rodziny obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek | |
| Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego | |

** Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego 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.*

W przypadku wątpliwości co należy uznać za dochód, informacji udziela Sekcja ds. Rehabilitacji Społecznej Osób Niepełnosprawnych.

- Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania
- Przyjmuję również do wiadomości, że złożenie wniosku o dofinansowanie nie jest równoznaczne z jego przyznaniem. Nie gwarantuje też, że kwota przyznanego dofinansowania będzie równa oczekiwanej przez Wnioskodawcę.
- Równocześnie oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią procedury załączonej do wniosku.

.....
podpis i pieczęć osoby przyjmującej oświadczenie

.....
podpis Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej

.....
data

Załączniki do wniosku:

1. **Kserokopia** dokumentów potwierdzających niepełnosprawność (**oryginał do wglądu**).
2. Aktualne, **CZYTELNIE WYPEŁNIONE** zaświadczenie lekarskie zawierające opis niepełnosprawności i szczegółową informację, jakie pacjent ma trudności w poruszaniu się (wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do wniosku).
3. **Kserokopia** dokumentów potwierdzających prawo do zamieszkania w lokalu lub budynku, w którym ma nastąpić likwidacja barier (np. przydział mieszkania, umowa najmu, wypis z księgi wieczystej) – **oryginały do wglądu**.
4. Zgoda właściciela lokalu lub budynku na wykonanie prac związanych z likwidacją barier (jeżeli Wnioskodawca nie jest właścicielem).
5. Pisemne upoważnienie (poniżej) dla osoby występującej w imieniu Wnioskodawcy (w przypadku, jeżeli Wnioskodawca nie składa wniosku osobiście).
6. **Kserokopia** dokumentów potwierdzających niepełnosprawność członka wspólnego gospodarstwa domowego (**oryginał do wglądu**).
7. W przypadku ustanowienia przez Sąd prawnego opiekuna – zaświadczenie Sądu lub w przypadku ustanowienia pełnomocnika – pełnomocnictwo notarialne.

Składając wniosek należy okazać oryginały powyższych dokumentów.

| | |
|------------|-------|
| | |
| | |
| miejsowość | data |

UPOWAŻNIENIE

W nawiązaniu do wniosku dotyczącego dofinansowania likwidacji barier architektonicznych, oświadczam, że wyrażam zgodę na reprezentowanie mnie w w/w sprawie przez:

.....

(imię i nazwisko osoby upoważnianej)

.....

(nr PESEL osoby upoważnianej)

w zakresie: złożenie wniosku, doniesienie i odbiór dokumentów, odbiór umowy/aneksu do podpisu

.....

podpis Wnioskodawcy

OGÓLNE ZASADY DOFINANSOWANIA

1. Podstawę dofinansowania stanowi **umowa** zawarta między MOPR-em a Wnioskodawcą **przed** zakupem sprzętu lub wykonaniem prac.
2. Dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych przysługuje osobom niepełnosprawnym, które mają trudności w poruszaniu się, jeżeli są właścicielami nieruchomości lub użytkownikami wieczystymi nieruchomości albo posiadają zgodę właściciela lokalu lub budynku mieszkalnego, w którym stale zamieszkują.
3. Wysokość dofinansowania wynosi **do 95%** kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości 15-krotnego przeciętnego wynagrodzenia.
4. Dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych nie przysługuje osobie niepełnosprawnej, która ma zaległości wobec PFRON lub była w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie tej osoby.
5. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie.

PROCEDURY

DOTYCZĄCE LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH

1. Po pobraniu druku wniosku o dofinansowanie zakupu sprzętu i wykonania prac z zakresu likwidacji barier architektonicznych ze środków PFRON, Wnioskodawca wypełnia druk oraz składa podpis w wyznaczonym miejscu.
2. Wnioskodawca składa w siedzibie MOPR Poznań, ul. Cześnikowska 18, pokój nr 11 (tel. 61 878-17-34 i 61 878-17-33), za pośrednictwem operatora pocztowego lub elektronicznie, wniosek o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych dołączając:
 - Kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności wydanego przez ZUS, KRUS, lub Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności (oryginał do wglądu),
 - Aktualne zaświadczenie lekarskie (**czytelne w języku polskim**), zawierające opis niepełnosprawności i szczegółową informację, jakie pacjent ma trudności w poruszaniu się (wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do wniosku).
 - Dokument potwierdzający prawo do zamieszkania w lokalu lub budynku, w którym ma nastąpić likwidacja barier (np. przydział mieszkania, umowa najmu, wypis z księgi wieczystej).
 - Zgoda właściciela lokalu lub budynku na wykonanie prac związanych z likwidacją barier (jeżeli Wnioskodawca nie jest właścicielem).
3. W przypadku likwidacji barier architektonicznych istnieje konieczność przeprowadzenia wizji lokalnej. MOPR telefonicznie lub listownie informuje Wnioskodawcę o terminie przeprowadzenia wizji lokalnej.
4. W trakcie przeprowadzania wizji lokalnej w miejscu zamieszkania Wnioskodawcy, sporządza się protokół zawierający zakres prac i zakupu sprzętów, który może zostać dofinansowany ze środków PFRON, oraz wykaz dokumentów jakie winien dostarczyć Wnioskodawca i termin ich złożenia (np. szkic mieszkania, projekt i kosztorys, pozwolenie na budowę...).
5. Dostarczony kosztorys wstępny zostaje zweryfikowany pod względem zakresu i cen przez inspektora ds. budowlanych.
6. Po weryfikacji kosztorysu i podjęciu decyzji o dofinansowaniu Wnioskodawca otrzymuje oświadczenie o przyznaniu dofinansowania i terminie podpisania umowy.
7. Po otrzymaniu oświadczenia Wnioskodawca uzgadnia termin rozpoczęcia i zakończenia prac z wybranym wykonawcą robót.
8. W wyznaczonym terminie Wnioskodawca jest zobowiązany stawić się z dowodem osobistym do siedziby MOPR w celu podpisania umowy. Wnioskodawca **podpisuje umowę osobiście**.
- 8.1 W czasie obowiązywania na terenie kraju stanu epidemiologicznego i związanymi z nim ograniczeniami w bezpośredniej obsłudze Klienta umowa wysyłana jest na adres wskazany do korespondencji. Podpisaną umowę należy odesłać na adres MOPR w Poznaniu: ul. Cześnikowska 18, 60-330 Poznań.
9. Po wykonaniu prac przeprowadzany jest odbiór robót i sporządza się protokół odbioru oraz wyznacza się termin dostarczenia dokumentów rozliczeniowych (faktur lub rachunków oraz dowodów wpłaty).
10. Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie przekazuje przyznane środki, po weryfikacji dokumentów rozliczeniowych, w ciągu 21 dni od ich otrzymania (oryginały faktur lub rachunków po opisanu zostają zwrócone Wnioskodawcy).

Jeżeli Wnioskodawca pokryje tylko kwotę udziału własnego, przyznane dofinansowanie zostanie przekazane bezpośrednio sprzedawcy sprzętu lub wykonawcy robót na konto wskazane na fakturze lub rachunku. Natomiast w przypadku, gdy Wnioskodawca pokryje koszty likwidacji barier w całości, przyznana kwota zostanie przekazana na wskazane przez Wnioskodawcę konto bankowe.

Przed podpisaniem umowy z MOPR nie należy dokonywać zakupu sprzętu i wykonywać prac związanych z likwidacją barier.

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA WNIOSKU
(wypełnia pracownik MOPR)

Wniosek Pani/Pana

o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych

przyjęto dnia

| Nazwa załącznika: | Dostarczone załączniki | Brakujące załączniki | Uzupełnić do dnia* | Uzupełniono |
|---|------------------------|----------------------|--------------------|-------------|
| orzeczenie o niepełnosprawności | | | | |
| zaświadczenie lekarskie | | | | |
| podstawa prawna do zamieszkania | | | | |
| zgoda właściciela lokalu lub budynku** | | | | |
| orzeczenie o niepełnosprawności członka gospodarstwa domowego** | | | | |
| w przypadku ustanowienia przez Sąd prawnego opiekuna – zaświadczenie Sądu** | | | | |
| w przypadku ustanowienia pełnomocnika – pełnomocnictwo notarialne** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

* podstawa prawna: §12 pkt 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz. U. z dnia 30 czerwca 2015, poz. 926 z późniejszymi zmianami).

** jeśli wymagane

.....
pieczętka i podpis pracownika MOPR

Przyjmuję do wiadomości informację, że niedostarczenie w/w załączników w wyznaczonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

.....
data

.....
podpis Wnioskodawcy lub osoby składającej wniosek

Załącznik nr 1

Likwidacja barier architektonicznych - to przystosowanie mieszkania dla osoby niepełnosprawnej mającej trudności W PORUSZANIU SIĘ w celu umożliwienia jej wykonywania podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem.

┌

└

Pieczętka instytucji wystawiającej zaświadczenie

Miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA dotyczące likwidacji barier architektonicznych

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania

| L.p. | Nazwa czynności * | Ocena punktowa ** |
|----------------------------------|---|----------------------------------|
| 1 | Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem / siadanie) 15 = nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siadaniu 10 = większa pomoc (fizyczna, jedna, dwie osoby) może siedzieć 5 = mniejsza pomoc (słowna lub fizyczna) 0 = samodzielny | ..... ..... ..... ..... |
| 2 | Utrzymanie higieny osobistej 5 = potrzebuje pomocy przy wykonywaniu czynności osobistych 0 = niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów, goleniu się (z zapewnionymi pomocami) | ..... ..... |
| 3 | Korzystanie z toalety (WC) 10 = zależny 5 = częściowo potrzebuje pomocy 0 = niezależny (zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, utrzymanie higieny osobistej) | ..... ..... ..... |
| 4 | Mycie, kąpiel całego ciała 5 = zależny 0 = niezależny | ..... ..... |
| 5 | Poruszanie się (po powierzchniach płaskich) 15 = nie porusza się lub na wózku inwalidzkim może pokonać odległość do 50 m 10 = poruszający się na wózku inwalidzkim powyżej 50 m 5 = spaceruje z pomocą jednej osoby, na odległość powyżej 50 m 0 = niezależny (ale może potrzebować pomocy np. laski) na odległości powyżej 50 m | ..... ..... ..... ..... |
| 6 | Wchodzenie i schodzenie po schodach 10 = nie jest samodzielny – wymaga przenoszenia 5 = nie jest samodzielny – potrzebuje pomocy np. drugiej osoby lub laski 0 = samodzielny | ..... ..... ..... |
| Łączna liczba punktów ***** |  | ..... |

*) w punktach 1-6 należy wybrać **jedną** z możliwości najlepiej opisującą stan pacjenta i podkreślić

**) wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości

***) w zaznaczonej ramce wpisać uzyskaną sumę punktów

Opis niepełnosprawności w odniesieniu do problemów w poruszaniu się:

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

.....
(pieczętka i podpis lekarza)