

┌

└

pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

.....  
data wpływu wniosku

MOPR- VII.40524. 3. ....2021

## WNIOSEK

o dofinansowanie zakupu sprzętu lub wykonania usług z zakresu likwidacji

### BARIER TECHNICZNYCH

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 technicznych

### I. Dane Wnioskodawcy

**Dane osoby dorosłej lub małoletniej ubiegającej się o dofinansowanie:**

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

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

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| Imię .....   | PESEL .....                 |
| Nazwisko .....   | .....                       |
| Adres zamieszkania: Kod ..... - ..... Miejscowość .....<br>ul. ....  | .....                       |
| Adres korespondencyjny: Kod ..... - ..... Miejscowość .....<br>(należy wpisać, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania) ul. .... | .....                       |
| Adres e-mail:<br>.....   | Tel. ....<br>Tel. Kom. .... |
| Nazwa banku .....  | Nr rachunku bankowego ..... |
| Ustanowiony opiekunem* postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia .....<br>sygnatura akt .....  |                             |
| Na mocy pełnomocnictwa* potwierdzonego przez Notariusza z dnia .....<br>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 technicznych i przewidywany ich koszt) **w kolejności od najważniejszego dla wnioskodawcy:**

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....
- 6) .....

..... zł  
**łączna 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 (adres, pod jakim będzie znajdował się sprzęt)**

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

**V. Cel dofinansowania (uzasadnienie, że zakup wnioskowanego sprzętu umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi Wnioskodawcy wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem)**

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

**VI. 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:**

**VII. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania:**

**VIII. 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”

**IX. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania:**

**X. 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

\*\* właściwie zaznaczyć

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

**XI. Informacja o wcześniejszym ubieganiu się o dofinansowanie ze środków PFRON.**

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

- TAK       NIE

**XII. Oświadczenie 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.**

2. **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.**
3. **Oświadczam, że posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach zadania.**
4. **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.**
5. **Równocześnie oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią procedury załączonej do wniosku.**

.....  
*podpis i pieczętka 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, że wykonanie wnioskowanych prac lub zakup wnioskowanych urządzeń umożliwi lub ułatwi Wnioskodawcy wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności (wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do wniosku).
3. Oferta cenowa od sprzedawcy lub inny dokument potwierdzający przewidywany koszt zakupu wnioskowanego sprzętu i/lub wykonania usług.
4. **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**) – jeśli wymagane.
5. Zgoda właściciela lokalu lub budynku na wykonanie prac związanych z likwidacją barier (jeżeli Wnioskodawca nie jest właścicielem) – jeśli wymagane.
6. Pisemne upoważnienie (str. 5 wniosku) dla osoby występującej w imieniu Wnioskodawcy (w przypadku, jeżeli Wnioskodawca nie składa wniosku osobiście).
7. Specyfikacja techniczna / opis urządzenia / sprzętu – jeśli wymagane.
8. 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 technicznych 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 technicznych nie przysługuje osobom niepełnosprawnym, które w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku uzyskały odpowiednio na te cele dofinansowanie ze środków PFRON.
3. Wysokość dofinansowania wynosi **do 95%** kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości 15-krotnego przeciętnego wynagrodzenia.
4. Dofinansowanie do likwidacji barier technicznych 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 TECHNICZNYCH

#### I. Postępowanie w przypadku likwidacji barier technicznych, jeżeli wniosek dotyczy zakupu urządzeń bez montażu.

1. Po pobraniu druku wniosku o dofinansowanie zakupu sprzętu, urządzeń likwidacji barier technicznych ze środków PFRON, Wnioskodawca wypełnia druk oraz składa podpis w wyznaczonym miejscu.
2. Wnioskodawca składa w siedzibie MOPR Poznań, ul. Cześćnikowska 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 technicznych 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, że zakup lub montaż urządzeń jest uzasadniony potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności (wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do wniosku).
  - Ofertę cenową od sprzedawcy lub inny dokument potwierdzający przewidywany koszt zakupu wnioskowanego sprzętu i/lub wykonania usług.
  - W szczególnych przypadkach 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).

***Składając wniosek należy okazać oryginały powyższych dokumentów. W przypadku, jeżeli Wnioskodawca nie składa wniosku osobiście, należy przedstawić pisemne oświadczenie Wnioskodawcy, że upoważnia osobę składającą wniosek do występowania w jego imieniu.***

3. Po otrzymaniu oświadczenia o dofinansowaniu, Wnioskodawca jest zobowiązany stawić się z dowodem osobistym w wyznaczonym terminie do siedziby MOPR w celu podpisania umowy.
- 3.1 W czasie obowiązywania na terenie kraju stanu epidemicznego 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.
4. Wnioskodawca **podpisuje umowę osobiście**, uprzednio przedstawiając pracownikowi MOPR dowód osobisty.
5. Po podpisaniu umowy z MOPR, Wnioskodawca dokonuje zakupu sprzętu wpłacając udział własny i w wyznaczonym terminie jest zobowiązany dostarczyć oryginały faktur i dowód wpłaty do siedziby MOPR.
6. Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie przekazuje przyznane środki po weryfikacji faktur w ciągu 21 dni od chwili otrzymania w/w dokumentów rozliczeniowych (oryginały faktur po opisanu zostają zwrócone Wnioskodawcy).

## **II. Postępowanie w przypadku likwidacji barier technicznych jeżeli wniosek dotyczy zakupu urządzeń wraz z montażem.**

1. W przypadku konieczności przeprowadzenia wizji lokalnej, MOPR telefonicznie lub listownie informuje Wnioskodawcę o terminie przeprowadzenia wizji lokalnej.
2. 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 ...).
3. Dostarczony kosztorys wstępny zostaje zweryfikowany pod względem zakresu i cen przez inspektora ds. budowlanych.
4. Po weryfikacji kosztorysu i podjęciu decyzji o dofinansowaniu Wnioskodawca otrzymuje oświadczenie o przyznaniu dofinansowania i terminie podpisania umowy.
5. Po otrzymaniu oświadczenia Wnioskodawca uzgadnia termin rozpoczęcia i zakończenia prac z wybranym wykonawcą robót.
6. W wyznaczonym terminie Wnioskodawca jest zobowiązany stawić się z dowodem osobistym do siedziby MOPR w celu podpisania umowy.
7. Po wykonaniu prac przeprowadzany jest odbiór robót i sporządza się protokół odbioru oraz wyznacza się termin dostarczenia faktur.

*Jeżeli Wnioskodawca pokryje tylko kwotę udziału własnego, przyznane dofinansowanie zostanie przekazane bezpośrednio sprzedawcy sprzętu lub wykonawcy robót na konto wskazane na fakturze. 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 technicznych**

**przyjęto dnia** .....

| <b>Nazwa załącznika:</b>   | <b>Dostarczone załączniki</b> | <b>Brakujące załączniki</b> | <b>Uzupełnić do dnia *</b> | <b>Uzupełniono</b> |
|--|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------|
| orzeczenie o niepełnosprawności  |                               |                             |                            |                    |
| zaświadczenie lekarskie  |                               |                             |                            |                    |
| oferta cenowa / kosztorys  |                               |                             |                            |                    |
| 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 technicznych - wykonanie prac lub zakup urządzeń umożliwiających lub ułatwiających osobie niepełnosprawnej wykonanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności.**



.....  
Miejscowość i data

Pieczętka instytucji wystawiającej zaświadczenie

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA  
dotyczące likwidacji barier technicznych**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

**I. Przyczyna niepełnosprawności** (wstawić X we właściwe rubryki):

|   |  |
|---|--|
| 1. upośledzenie umysłowe  |  |
| 2. choroby psychiczne   |  |
| 3. zaburzenia głosu, mowy / choroby słuchu*   |  |
| 4. choroby narządu wzroku   |  |
| 5. upośledzenie narządu ruchu ( <b>dysfunkcja rąk / wózek inwalidzki / osoba leżąca / kule-balkonik</b> )*  |  |
| 6. epilepsja  |  |
| 7. choroby układu oddechowego i krążenia  |  |
| 8. choroby układu pokarmowego   |  |
| 9. choroby układu moczowo-płciowego   |  |
| 10. choroby neurologiczne   |  |
| 11. inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego |  |
| 12. całościowe zaburzenia rozwojowe   |  |

.....  
\* właściwe podkreślić

**II. Opis niepełnosprawności: - CZYTELNIE -**

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

**III. Opis trudności** jakie ma Wnioskodawca z wykonaniem podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem, w związku z istniejącą niepełnosprawnością: - **CYZTELNIE** -

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

**IV. Zalecany przedmiot/urządzenie**, który/które Wnioskodawcy ułatwi wykonywanie podstawowych codziennych czynności lub kontakt z otoczeniem: - **CYZTELNIE** -

.....  
.....

.....  
pieczętka i podpis lekarza