

4. Sytuacja rodzinna

- ☐ osoba samotnie zamieszkująca.,
☐ osoba pozostająca we wspólnym gospodarstwie domowym,

Imię i nazwisko	Pokrewieństwo	Stopień niepełnosprawności	miesięczny dochód netto
1.	Wnioskodawca:		
2.			
3.			
4.			
			RAZEM:

5. Sytuacja zawodowa

- ☐ pracujący,
☐ prowadzący działalność gospodarczą,
☐ osoba ucząca się w wieku od lat 18 do 25,
☐ bezrobotny poszukujący pracy /rencista poszukujący pracy,
☐ emeryt / rencista nie poszukujący pracy,
☐ dzieci i młodzież do lat 18,
☐ inna(jaka?).....

6.Oświadczenie o wysokości dochodów:

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 Kodeksu karnego /Dz.U. 2018 poz. 1600/ oświadczam, że zgodnie z Ustawą z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych / Dz.U. z 2021 r. poz. 573/ przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń: emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek wynosi:

a/ dla osoby samotnej: zł. słownie złotych

b/ dla osób wspólnie zamieszkujących w gospodarstwie domowym, dochód przypadający na

jednego członka rodziny zł. słownie złotych

7. Informacje dotyczące przedmiotu dofinansowania:

Lp.	Nazwa urządzenia lub rodzaj usługi	Sztuk	koszt realizacji zadania
1.			
2.			
3.			
			SUMA:

8. Miejsce realizacji zadania (instalacji urządzenia/ wykonania usługi):

Adres.....

Termin rozpoczęcia zadania

Przewidywany czas realizacji zadania

9. Cel dofinansowania (uzasadnienie wniosku):

.....

.....

.....

.....

10. Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON

słownie: zł.

11. 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 dofinansowania:

.....

12. Informacja o korzystaniu przez wnioskodawcę z dofinansowania ze środków PFRON przed dniem złożenia wniosku:

Cel -nazwa zadania w ramach którego przyznana została pomoc	Nr i data zawarcia umowy	Kwota rozliczonego dofinansowania
		Razem:

Oświadczenia * :

- ☐ Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed dniem złożenia niniejszego wniosku nie uzyskałem na ten cel dofinansowania ze środków PFRON oraz nie posiadam zaległości wobec Funduszu.
- ☐ Nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- ☐ Zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem* / kosztem wykonania usługi*, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Funduszu kwotą dofinansowania.
- ☐ Oświadczam, że zostałem (-am) poinformowany(-a) przez MOPS w Nowym Sączu o przetwarzaniu moich danych osobowych, celu ich zbierania, prawie wglądu do moich danych oraz ich poprawiania, a także o podstawie prawnej w związku z którą jestem zobowiązany do ich podania, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018r.poz.1000), art. 13 Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych – dalej „RODO”).
Ponadto uprzedzony/a/ o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. Kodeks Karny /Dz. U. z 2018r; poz. 1600/;
- ☐ oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O ewentualnych zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować MOPS w ciągu 14 dni od daty ich powstania.
- ☐ Oświadczam, że orzeczenie o niepełnosprawności/o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne Wnioskodawcy złożone do wniosku jest prawomocne i ostateczne oraz że nie było wnoszone na to orzeczenie odwołanie.

Nowy Sącz, dnia

.....
(Podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela
ustawowego*, opiekuna prawnego*,
pełnomocnika*)

* Właściwe zaznaczyć

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej.....
Miejscowość, data

**Zaświadczenie lekarskie
dla potrzeb Miejskiego ośrodka Pomocy Społecznej w Nowym Sączu- Referat
ds.rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych**

Imię i nazwisko

PESEL:

Adres zamieszkania

Rodzaj schorzenia*

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ choroby psychiczne | ☐ narząd wzroku | ☐ układ krążenia |
| ☐ choroby neurologiczne | ☐ narządu słuchu | ☐ układ oddechowy |
| ☐ upośledzenie umysłowe | ☐ układ ruchu | ☐ inne |

Opis schorzeń

.....

.....

.....

Uzasadnienie potrzeb

.....

*właściwe zaznaczyć

.....

Pieczętka i podpis lekarza

INFORMACJA

- Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zostanie rozpatrzony po zatwierdzeniu przez Radę Miasta Nowego Sącza podziału środków finansowych przypadających w danym roku kalendarzowym na realizację zadań z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej.
- **Kwota dofinansowania do likwidacji barier technicznych wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia** (w przypadku ograniczonych środków finansowych procent dofinansowania może ulec zmniejszeniu).
- **Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu.**
- Realizacja dofinansowania jest zależna od opłacenia udziału własnego w postaci różnicy pomiędzy kwotą dofinansowania, ewentualnym dofinansowaniem z innych źródeł, a całkowitym kosztem realizacji zadania.
- O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku należy niezwłocznie poinformować Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowym Sączu – Referat ds. rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych.
- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowym Sączu – Referat ds. rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych z siedzibą przy ulicy Grunwaldzkiej 59 A w Nowym Sączu tel. 18 35 48 221
- Podanie danych osobowych jest obowiązkowe. Odmowa podania danych będzie skutkować brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku.

- Zapoznałem (-am) się z powyższą informacją

Nowy Sącz, dnia

.....
(Podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela
ustawowego*, opiekuna prawnego*,
pełnomocnika*)

*właściwe zaznaczyć

Wymagane załączniki do wniosku:

I etap przy składaniu wniosku:

- Kopia aktualnego orzeczenia, o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego.
- Kopia orzeczenia o niepełnosprawności dziecka.
- Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą

w przypadku zamieszkiwania takich osób.

- **Zaświadczenie lekarskie** (przypadku orzeczeń równoważnych np. takich jak **orzeczenie z ZUS, zaświadczenie lekarskie winno być wystawione przez lekarza specjalistę neurologa lub ortopedę** (w przypadku osób niewidomych lub niedowidzących – **lekarza specjalistę okulistę**) **zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności** (*załącznik nr 1 do wniosku*).

- Oferty cenowe (co najmniej dwóch sprzedawców) wnioskowanego sprzętu lub urządzenia (dopuszcza się ofertę internetową).
- W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – kserokopię zaświadczenia lub wyroku Sądu

o ustanowieniu opiekuna prawnego – (oryginał do wglądu) w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika - ksero pełnomocnictwa.

- Zaświadczenie ze szkoły/uczelni o pobieraniu nauki – dotyczy dzieci i młodzieży oraz studentów uczących się.
- W przypadku likwidacji barier w komunikowaniu się ?zestaw komputerowy, laptop?– zaświadczenie z Sąddeckiego Urzędu Pracy o rejestracji osoby niepełnosprawnej jako bezrobotnej lub poszukującej pracy nie pozostającej w zatrudnieniu (wnioskodawca musi być zarejestrowany od min. 3 miesięcy).