

ZARZĄDZENIE NR 353/2011

Prezydenta Miasta Piotrkowa Trybunalskiego

z dnia 20 lipca 2011 roku

zmieniające Zarządzenie Nr 120/2011 Prezydenta Miasta Piotrkowa Trybunalskiego z dnia 25 marca 2011 roku w sprawie zatwierdzenia zasad udzielania dofinansowania osobom niepełnosprawnym na likwidację barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Na podstawie art. 4 ust. 1 pkt. 5, art. 92 ust. 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym (tekst jednolity: Dz. U. z 2001r. Nr 142, poz. 1592 z późn. zm.), art. 35a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721) **zarządzam** co następuje:

§ 1

W zasadach udzielania dofinansowania osobom niepełnosprawnym na likwidację barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych stanowiących załącznik do Zarządzenia Nr 120/2011 Prezydenta Miasta Piotrkowa Trybunalskiego z dnia 25 marca 2011 roku w sprawie zatwierdzenia zasad udzielania dofinansowania osobom niepełnosprawnym na likwidację barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych wprowadza się następujące zmiany:

1) § 1 pkt. 2 otrzymuje brzmienie:

„1.2. **Wnioskodawcy** - oznacza to osobę niepełnosprawną posiadającą aktualne orzeczenie, o którym mowa w art. 1 pkt. 1 - 3 lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721) lub w przypadku dzieci i młodzieży w wieku do lat 16, które posiadają aktualne orzeczenie o niepełnosprawności.”,

2) § 1 pkt. 7 otrzymuje brzmienie:

„1.7. **Przeciętnym wynagrodzeniu** - oznacza to przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2009r. Nr 153, poz. 1227 z późn. zm.)”,

- 3) Załącznik nr 2 do Zasad otrzymuje brzmienie określone w Załączniku Nr 1 do niniejszego Zarządzenia,
- 4) Załącznik nr 3 do Zasad otrzymuje brzmienie określone w Załączniku nr 2 do niniejszego Zarządzenia.

§ 2

Wykonanie Zarządzenia powierza się Dyrektorowi Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Piotrkowie Trybunalskim.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.


PREZYDENT MIASTA
Piotrkowa Trybunalskiego

Krzysztof Chojniak

.....
numer kolejny wniosku / powiat / rok złożenia wniosku

.....
/ pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek /

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

WNIOSEK

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

I. Dane dotyczące wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

.....syn/ córka *
imię (imiona) i nazwisko imię ojca

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

..... nr PESEL nr NIP

miejsowość ul. nr domu nr lokalu
dokładny adres zamieszkania

nr kodu - poczta powiat

województwo numer telefonu/ faxu (numer kier.) (0-44)

II. Stopień niepełnosprawności ⁽¹⁾

1. znaczny,	
• inwalidzi I grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji,	
• osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji,	
• osoby w wieku do 16 lat, które posiadają orzeczenie o niepełnosprawności	
2. umiarkowany,	
• inwalidzi II grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
3. lekki,	
• inwalidzi III grupy,	
• osoby częściowo niezdolne do pracy,	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

III. Rodzaj niepełnosprawności ⁽¹⁾

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim, przy pomocy balkonika, kul lub kuli, jednoczesna dysfunkcja kończyny dolnej i górnej, jednoczesna dysfunkcja co najmniej jednej kończyny górnej i kończyn dolnych, jednoczesna dysfunkcja kończyn górnych i dolnych,	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu i mowy	
5. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
6. niepełnosprawność ogólnego stanu zdrowia	

⁽¹⁾ proszę wstawić X we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

IV. Sytuacja zawodowa ⁽¹⁾

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	

V. Sytuacja mieszkaniowa - warunki mieszkaniowe ⁽¹⁾ (wypełnia pracownik MOPR - CRSON)

1. złe	
2. przeciętne	
3. dobre	
4. bardzo dobre	

VI. Sytuacja mieszkaniowa – opis budynku i mieszkania

- dom jednorodzinny *, wielorodzinny prywatny *, wielorodzinny komunalny *, wielorodzinny spółdzielczy *, inne
 - budynek parterowy *, piętrowy * mieszkanie na (proszę podać kondygnację),
 - przybliżony wiek budynku lub rok budowy
 - opis mieszkania : pokoje (podać liczbę), z kuchnią *, bez kuchni *, z łazienką *, bez łazienki *, z wc *, bez wc *,
 - łazienka wyposażona jest w : wannę *, brodzik *, kabinę prysznicową *, umywalkę *, muszlę ustępową *,
 - w mieszkaniu jest : instalacja wody zimnej *, ciepłej *, kanalizacja sanitarna *, centralne ogrzewanie *, prąd *, instalacja gazowa *,
 - inne informacje o warunkach mieszkaniowych
-
-
-

VII. Sytuacja mieszkaniowa – zamieszkuje ⁽¹⁾

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami nie spokrewnionymi	

VIII. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

imię i nazwisko - pokrewieństwo	niepełnosprawność		dochód miesięczny brutto (zł)
	stopień ⁽²⁾	rodzaj ⁽³⁾	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

⁽¹⁾ proszę wstawić X we właściwej rubryce⁽²⁾ proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy II⁽³⁾ proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy III

* niepotrzebne skreślić

XIII. Przedmiot dofinansowania - wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier architektonicznych, oraz orientacyjny ich koszt (w kolejności od najważniejszego dla Wnioskodawcy)

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

ogólna orientacyjna wartość prac/zakupu urządzeń* wyszczególnionych w pkt. XIII wynosi :

..... zł, (słownie złotych :
.....).

XIV. Łączna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

..... zł, (słownie złotych :
.....).

W przypadku poniesienia nakładów finansowych należy wymienić wykonane prace :
.....
.....

XV. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania :

termin rozpoczęcia
przewidywany czas realizacji zadania

XVI. Przewidywany koszt ogólny realizacji zadania oraz źródła finansowania zadania :

1. Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania zł
2. Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania %
3. Inne źródła finansowania zadania (wymienić) :	
a) %
b) %
4. Procent kosztów zadania do pokrycia ze środków PFRON (nie więcej niż 50% / 80%) %

XVII. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania w zł :

(słownie złotych :
.....).

XVIII. Inwestor zastępczy (inspektor nadzoru) wybrany przez Wnioskodawcę :

.....
(nazwa i dokładny adres z numerem kodu)

..... nr telefonu

Oświadczam, że posiadam/nie posiadam* zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/nie byłam* stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy.

Uprowadzony/ uprowadzona* o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku - Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz.553 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować MOPR w Piotrkowie Trybunalskim w ciągu 14 dni.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. z dnia 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

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

..... syn* / córka*

seria nr wydany w dniu przez

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

nr kodu - poczta powiat

województwo numer telefonu/ faxu (numer kier.) (0-44)

ustanowiony opiekunem* / pełnomocnikiem*

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt* na mocy pełnomocnictwa przez notariusza z dn. repet. nr

Załączniki do wniosku :

Do I etapu

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721).
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności (ważne 1 miesiąc od daty wystawienia).
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (poświadczenie zameldowania na pobyt stały, akt własności, wypis z księgi wieczystej, umowa najmu).
5. Zaświadczenie powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
6. Kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeśli takie występują.
7. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania.

Do II etapu

1. Szkic sytuacyjny mieszkania (stan obecny oraz po dokonaniu stosownych zmian).
2. Projekt i kosztorys szczegółowy, pozwolenie na budowę (w przypadku jeśli takie pozwolenie jest wymagane).
3. Zgoda właściciela budynku lub administratora (w koniecznych przypadkach).
4. Przyjęte pełnomocnictwo inwestora zastępczego.

Piotrków Trybunalski dnia

PREZYDENT MIASTA
Piotrkowa Trybunalskiego

Krzysztof Chojniak

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

* **niepotrzebne skreślić**

.....
numer kolejny wniosku / powiat / rok złożenia wniosku

.....
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

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

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zakupu urządzeń (wraz z montażem*) lub wykonania usług* z zakresu likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

I. Dane dotyczące wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami)

..... syn/ córka*
imię (imiona) i nazwisko imię ojca

seria nr wydany w dniu przez
dowód osobisty

..... nr PESEL nr NIP

miescowość ul. nr domu nr lokalu
dokładny adres stałego zameldowania

nr kodu - poczta powiat

województwo numer telefonu/ faxu (numer kier.) (0-44)

II. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik ⁽¹⁾

1. znaczny,	
• inwalidzi I grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji,	
• osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji,	
• osoby w wieku do 16 lat, które posiadają orzeczenie o niepełnosprawności	
2. umiarkowany,	
• inwalidzi II grupy,	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
3. lekki,	
• inwalidzi III grupy,	
• osoby częściowo niezdolne do pracy,	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

III. Rodzaj niepełnosprawności ⁽¹⁾

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim : wrodzony brak albo amputacja stóp, nóg, dłoni lub rąk	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu	
5. dysfunkcja narządu mowy	
6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
7. niepełnosprawność ogólnego stanu zdrowia	

* proszę wstawić X we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

IV. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą

imię i nazwisko – pokrewieństwo	niepełnosprawność		dochód miesięczny brutto (zł)
	stopień ⁽²⁾	rodzaj ⁽³⁾	
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

V. Sytuacja zawodowa ⁽¹⁾

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	

VI. Średni dochód miesięczny (brutto) na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy ⁽¹⁾

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód brutto, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony z 3 ostatnich miesięcy przed dniem złożenia wniosku wynosi :

..... zł.

VII. Korzystanie przez Wnioskodawcę ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych ⁽¹⁾

1. na likwidację barier w komunikowaniu się i technicznych :	
1.1 nie korzystałem	
1.2 korzystałem (w tym : ze środków przyznanych przez WUP-WOZ i RON/ PFRON/ MOPR*)	
a) przedmiot dofinansowania	
.....	
b) data otrzymania dofinansowania i nr umowy.....	
c) kwota dofinansowania	
2. korzystałem na inne cele ustawowe i rozliczyłem się	
..... (przedmiot dofinansowania, data otrzymania dofinansowania i nr umowy)	
3. korzystałem na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia	
..... (przedmiot dofinansowania, data otrzymania dofinansowania i nr umowy)	
4. korzystałem na inne cele ustawowe i nie rozliczyłem się	
..... (przedmiot dofinansowania, data otrzymania dofinansowania i nr umowy)	

⁽¹⁾ proszę wstawić X we właściwej rubryce

⁽²⁾ proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy II.

⁽³⁾ proszę wstawić właściwe oznaczenie cyfrowe z tablicy III

* niepotrzebne skreślić

VIII. Przedmiot dofinansowania:.....
należy podać nazwę urządzenia (ewentualny montaż), rodzaj usługi

IX. Ogólna wartość zakupu urządzenia/ urządzeń* (ewentualny montaż)/ rodzaj usługi*
wyszczególnionego w pkt. VIII wynosi : zł, (słownie złotych :)

X. Krótkie uzasadnienie składanego wniosku (miejsce realizacji zadania i cel likwidacji barier)
.....
.....
.....
.....
.....
.....

XI. Łączna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na realizację zadania do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania : zł, (słownie złotych :).

XII. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania :
termin rozpoczęcia :
przewidywany czas realizacji zadania :

XIII. Przewidywany koszt ogólny realizacji zadania oraz źródła finansowania zadania :

1. Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania zł
2. Deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania %
3. Inne źródła finansowania zadania (wymienić) :	
a)	
b) %
4. Procent kosztów zadania do pokrycia ze środków PFRON (nie więcej niż 50%) %

* *niepotrzebne skreślić*

XIV. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania : zł, (słownie złotych :)

Oświadczam, że posiadam/nie posiadam* zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/nie byłem* stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy.

Upředzony/ upředzona* o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni. Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) .

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

..... syn/ córka *

seria nr wydany w dniu przez

miejsowość ulica nr domu nr lokalu

nr kodu - poczta powiat

województwo numer telefonu/ faxu (numer kier.) (0-44)

ustanowiony opiekunem/ pełnomocnikiem *

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt* na mocy pełnomocnictwa przez notariusza z dn. repet. nr))

Załącznik do wniosku :

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721).
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z Wnioskodawcą.
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności (ważne 1 miesiąc od daty wystawienia).
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier technicznych (poświadczenie zameldowania na pobyt stały), w przypadku likwidacji barier technicznych akt własności, umowa najmu.
5. Zaświadczenie Powiatowego Urzędu Pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy.
6. Kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeśli takie występują.
7. Zgoda właściciela budynku lub lokalu mieszkalnego, jeśli taka zgoda jest wymagana.
8. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania.
9. Zaświadczenie ze szkoły o pobieraniu nauki.
10. Zaświadczenie z zakładu pracy o zatrudnieniu i rodzaju wykonywanej pracy.

Piotrków Trybunalski, dnia

PREZYDENT MIASTA
Piotrkowa Trybunalskiego
Krzysztof Chojniak
Krzysztof Chojniak
(czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego
opiekuna prawnego, pełnomocnika)

* niepotrzebne skreślić