



Data wpływu:  
Nr sprawy:

**WNIOSEK „M-III”  
o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach programu „Aktywny Samorząd”**

**Moduł III – Zadanie 1 Pomoc w zamianie architektonicznie niedostępnego mieszkania,  
które spełnia indywidualne kryterium dostępności**

*Znak „X” oznacza wybraną pozycję przez Wnioskodawcę na liście opcji możliwych do wyboru.*

**DANE WNIOSKODAWCY  
ROLA WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
<b>Wnioskodawca składa wniosek:</b>	<input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego dziecka/niepełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako opiekun prawny pełnoletniego podopiecznego <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczonego notarialnie
<b>Postanowieniem Sądu Rejonowego:</b>	
<b>Z dnia:</b>	
<b>Sygnatura akt:</b>	
<b>Imię i nazwisko notariusza:</b>	
<b>Repertorium nr:</b>	
<b>Zakres pełnomocnictwa:</b>	<input type="checkbox"/> pełny zakres – od złożenia wniosku aż do zawarcia i rozliczenia umowy <input type="checkbox"/> zawarcie umowy <input type="checkbox"/> udzielanie wyjaśnień i uzupełnianie wniosku <input type="checkbox"/> złożenie wniosku <input type="checkbox"/> inne .....

**DANE WNIOSKODAWCY  
DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY**

Nazwa pola	Zawartość
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE**

Nazwa pola	Zawartość
<b>Województwo:</b>	

<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Numer domu:</b>	
<b>Numer mieszkania:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	
<b>Rodzaj miejscowości:</b>	<input type="checkbox"/> miasto powyżej 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> miasto do 5 tys. mieszkańców <input type="checkbox"/> wieś
<b>Numer telefonu:</b>	
<b>Adres email:</b>	

### ADRES KORESPONDENCYJNY

Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Zawartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Numer domu:</b>	
<b>Numer mieszkania:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

### DANE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY DANE PERSONALNE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
<b>Imię:</b>	
<b>Drugie imię:</b>	
<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

### ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Nazwa pola	Zawartość
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Numer domu:</b>	
<b>Numer mieszkania:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	

<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Pocшта:</b>	
<b>Numer telefonu:</b>	
<b>Adres email:</b>	

### NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY LUB DZIECKA/PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY

Zanim odpowiesz na pytania w tej sekcji, przeczytaj dokładnie poniższe wyjaśnienie. Aby uzyskać dofinansowanie z PFRON, musisz mieć orzeczenie o niepełnosprawności. Jest to dokument, który potwierdza, że osoba ma niepełnosprawność. Jest wydawany przez powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności. Wtedy możesz korzystać z pomocy z PFRON: dofinansowania do różnych świadczeń i zakupów sprzętu. Jeśli orzeczenie o niepełnosprawności otrzymałeś po 1997 roku, to w punkcie „Stopień niepełnosprawności” zaznacz stopień niepełnosprawności, jaki masz w orzeczeniu. Jeśli nie masz przyznanego stopnia niepełnosprawności, to zaznacz odpowiedź „nie dotyczy”. Jeśli orzeczenie o niepełnosprawności otrzymałeś przed 1997 rokiem i jest ono wciąż ważne, to możesz mieć określoną grupę inwalidzką. Wtedy w punkcie „Grupa inwalidzka” zaznacz grupę, jaką masz w orzeczeniu. Jeśli nie masz grupy inwalidzkiej, zaznacz odpowiedź „nie dotyczy”. Jeśli masz orzeczenie wydane przez ZUS lub KRUS wówczas zaznacz właściwą odpowiedź tylko w pytaniu: „Niezdolność do pracy”. Jeżeli zaznaczysz, że wypełniasz wniosek dla osoby do 16. roku życia, to nie dotyczą Cię pytania o grupę inwalidzką, stopień niepełnosprawności i niezdolność do pracy.

Nazwa pola	Zawartość
<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> Ważne bezterminowo <input type="checkbox"/> Ważne okresowo – do dnia: .....
<b>Numer orzeczenia:</b>	
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa

### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- 01-U – upośledzenie umysłowe
- 02-P – choroby psychiczne
- 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu
- 04-O – narząd wzroku
- 05-R – narząd ruchu
- 06-E – epilepsja
- 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia
- 08-T – choroby układu pokarmowego
- 09-M – choroby układu moczowo-płciowego
- 10-N – choroby neurologiczne
- 11-I – inne
- 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

Nazwa pola	Zawartość
<b>Czy osoba z niepełnosprawnością posiada orzeczenie wydane z powodu dysfunkcji narządu wzroku?</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Czy osoba z niepełnosprawnością ma problemy z samodzielnym poruszaniem się ?</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Czy osoba z niepełnosprawnością porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego?</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Nie dotyczy

### KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

**Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (przed rokiem, w którym złożony został wniosek o dofinansowanie), w tym za pośrednictwem PCPR lub MOPR?**

tak  nie

Zadanie	Kwota dofinansowania
<b>Razem uzyskane dofinansowanie:</b>	

**Czy masz zaległości finansowe wobec PFRON – na przykład musisz zwrócić przyznane Ci wcześniej pieniądze?:**

tak  nie

**Czy masz zaległości finansowe wobec urzędu, do którego zwracasz się o dofinansowanie ze środków PFRON? Na przykład musisz zwrócić przyznane Ci wcześniej pieniądze?:**

tak  nie

**Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:**

**Czy Wnioskodawca ciągu ostatnich 3 lat był stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po jego stronie:**

tak  nie

### UZASADNIENIE WNIOSKU

Wnioskodawca może uzasadnić potrzebę udzielenia pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON, w odniesieniu do celu programu, jakim jest **likwidacja barier w dostępie do mieszkania spełniającego indywidualne kryterium dostępności dla beneficjenta pomocy, poprzez pomoc w zamianie architektonicznie niedostępnego mieszkania na mieszkanie spełniające indywidualne kryterium dostępności, znajdujące się w lokalizacji umożliwiającej samodzielne opuszczenie budynku, aż do poziomu zero przed budynkiem.**

**(Uzasadnienie można przedstawić w formie dodatkowego załącznika do wniosku):**

**Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR):**

tak  nie

**Czy Wnioskodawca uzyskał w ciągu ostatnich 3 lat pomoc ze środków PFRON na pokrycie kosztów zmiany mieszkania:**

tak  nie

### PRZEDMIOT WNIOSKU – Informacje o mieszkaniu, na które ma zostać zmienione obecne mieszkanie

Wartość, w tym planowana (w zł)

Kwota wnioskowana (w zł)	
Powierzchnia, w tym planowana (w m <sup>2</sup> )	
Stopień / planowany stopień dostosowania mieszkania do wymogów osób z niepełnosprawnością: <input type="checkbox"/> Mieszkanie w pełni/całkowicie spełnia/powinno spełniać moje oczekiwania w zakresie dostępności <input type="checkbox"/> Mieszkanie częściowo spełnia/powinno spełniać moje oczekiwania w zakresie dostępności, dając mi samodzielność w poruszaniu się w mieszkaniu i wyjście z mieszkania na zewnątrz	
Rodzaj / planowany rodzaj udogodnień:..... <input type="checkbox"/> Dostępny poziom zerowy budynku (w tym podjazd) <input type="checkbox"/> Winda (z dostępnym wjazdem dla wózka) <input type="checkbox"/> Mieszkanie jest na parterze <input type="checkbox"/> Ogólnodostępna powierzchnia budynku jest bez progów i stopni (poziom zerowy) <input type="checkbox"/> Szeroki korytarz prowadzący do mieszkania <input type="checkbox"/> Szerokie drzwi wejściowe do mieszkania/domu <input type="checkbox"/> Dostępne architektonicznie, szerokie wejścia do pomieszczeń w mieszkaniu <input type="checkbox"/> Prysznic (bez konieczności dostosowania) <input type="checkbox"/> Wanna (bez konieczności dostosowania) <input type="checkbox"/> Łatwy dostęp do urządzeń sanitarnych (ułatwienia dla osób z niepełnosprawnością) <input type="checkbox"/> Bezpieczna powierzchnia podłóg w mieszkaniu (bez progów, stopni, antypoślizgowa) <input type="checkbox"/> Łatwy dostęp do okien <input type="checkbox"/> Inne, jakie .....	
Piętro / planowane piętro: <input type="checkbox"/> Mieszkanie poniżej poziomu „0” <input type="checkbox"/> Parter <input type="checkbox"/> Piętra od 1 do 5 <input type="checkbox"/> Piętra od 6 do 10 <input type="checkbox"/> Powyżej 10 piętra	
Typ / planowany typ mieszkania uzyskanego w ramach zmiany: <input type="checkbox"/> Dom jednorodzinny <input type="checkbox"/> Mieszkanie	
Powierzchnia / planowana powierzchnia użytkowa mieszkania: <input type="checkbox"/> do 30m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> od 31 do 50m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> od 51 do 70 m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> powyżej 70m <sup>2</sup>	
Wszyscy użytkownicy / planowani użytkownicy mieszkania: <input type="checkbox"/> Będę mieszkać samodzielnie <input type="checkbox"/> Będę mieszkać z rodziną <input type="checkbox"/> Będę mieszkać z innymi osobami	
Liczba / planowana liczba dodatkowych użytkowników mieszkania (należy wskazać wszystkie osoby poza osobą, która ma uzyskać dofinansowanie): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Więcej niż 5	
Liczba / planowana liczba osób niepełnosprawnych spośród dodatkowych użytkowników mieszkania (poza osobą, która ma uzyskać dofinansowanie): <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Więcej niż 5	

Powierzchnia na jedną osobę	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Numer domu	
Numer mieszkania	
Kod pocztowy	
Poczta	

**PRZEDMIOT WNIOSKU – Informacje o mieszkaniu z którego obecnie korzysta osoba z niepełnosprawnością**

Wartość mieszkania w zł	
Powierzchnia mieszkania w m <sup>2</sup>	

Stopień niedostosowania Mieszkania do wymogów osób z niepełnosprawnością

Mieszkanie całkowicie nie spełnia moich oczekiwań w zakresie dostępności

Mieszkanie częściowo nie spełnia moich oczekiwań w zakresie dostępności, nie zapewnia mi samodzielności w poruszaniu się w mieszkaniu i wyjścia z mieszkania na zewnątrz

Braki udogodnień dostępności:

Niedostępny poziom zerowy budynku (w tym brak podjazdu)

Mieszkanie nie jest położone na parterze/brak windy

Winda niedostępna dla osób poruszających się przy pomocy wózka inwalidzkiego

W ogólnodostępnej powierzchni budynku są progi i stopnie (poziom zerowy)

Zbyt wąski korytarz prowadzący do mieszkania

Zbyt wąskie drzwi wejściowe do mieszkania/domu

Zbyt wąskie drzwi/wejścia do pomieszczeń w mieszkaniu

Niedostosowany prysznic

Niedostosowana wanna

Utrudniony dostęp do urządzeń sanitarnych (bez ułatwień dla osób z niepełnosprawnością)

Niebezpieczna powierzchnia podłóg w mieszkaniu (progi, stopnie, materiały nie antypoślizgowa)

Utrudniony dostęp do okien

Inne, jakie: .....

Piętro:

Mieszkanie poniżej poziomu „0”

Parter

Piętra od 1 do 5

Piętra od 6 do 10

Powyżej 10 piętra

Typ posiadanego mieszkania:

Dom jednorodzinny

Mieszkanie

Rodzaj mieszkania:

Własnościowe

Spółdzielcze własnościowe

Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Numer domu	

Numer mieszkania	
Kod pocztowy	
Poczta	

### DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY

Dane rachunku bankowego wnioskodawcy, na który mogą zostać przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

Nazwa pola	Zawartość
Numer rachunku bankowego:	
Nazwa banku	

### OŚWIADCZENIA DO WNIOSKU

Lp.	Treść oświadczenia
1	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> informacje podane przeze mnie we wniosku i załącznikach do wniosku, są zgodne z prawdą.
2	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> dysponuję tytułem prawnym do lokalu na mocy prawa własności lub spółdzielczego własnościowego prawa do lokalu.
3	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> posiadana/zamieszkana przeze mnie nieruchomość ze względu na bariery architektoniczne w mieszkaniu i/lub w budynku uniemożliwia mi samodzielne wyjście na zewnątrz na poziom zero.
4	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> Mieszkanie uzyskane w ramach zmiany spełnia/spełni kryterium braku barier architektonicznych, jest/będzie w lokalizacji umożliwiającej samodzielne opuszczenie budynku, aż do poziomu zero przed budynkiem
5	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> będąc opiekunem osoby, której dotyczy wniosek, wspólnie z nią zamieszkuję.
6	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.
7	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> przyjmuję do wiadomości i stosowania, że Realizator programu ma prawo dokonać kontroli zgodności stanu faktycznego ze stanem deklarowanym w oświadczeniach, co oznacza także zgodę na przeprowadzenie kontroli w mieszkaniu, co do którego składane są oświadczenia.
8	Oświadczam, że: <input type="checkbox"/> przyjmuję do wiadomości i stosowania, że mieszkanie zakupione przy udziale środków programu nie może być zakupione od osób spokrewnionych.

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

### INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1 ze zm.), dalej „RODO”, informuję, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, którego siedziba mieści się w Lublińcu przy ul. Sobieskiego 9, 42-700 Lubliniec oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, którego siedziba mieści się w Warszawie, ul. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Lublińcu: ul. Sobieskiego 9, 42-700 Lubliniec, adres e-mail: [iod@lubliniec.starostwo.gov.pl](mailto:iod@lubliniec.starostwo.gov.pl).

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w zakresie wskazanym w przepisach prawa (ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych) odbywa się w celu związanym z przyznaniem dofinansowania w ramach programu „Aktywny samorząd” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (art. 6 ust. 1 lit. c RODO, w przypadku danych szczególnej kategorii art. 9 ust. 2 lit. b RODO).

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty uprawnione do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa, tj. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu „Aktywny samorząd” przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lublińcu oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych. Podmioty wspierające nas w wypełnianiu naszych uprawnień i obowiązków takie jak np. Poczta Polska S. A. z siedzibą w Warszawie, podmioty

**Wniosek Aktywny Samorząd – Moduł III, Zadanie 1- pomoc w zamianie architektonicznie niedostępnego mieszkania, które spełnia indywidualne kryterium dostępności**

świadczące usługi doręczania przy użyciu środków komunikacji elektronicznej, w tym m. in. ePUAP w związku z § 8 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 14 września 2011 r. w sprawie sporządzania i doręczania dokumentów elektronicznych oraz udostępnienia formularzy, wzorów i kopii dokumentów elektronicznych (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 180) oraz podmioty wspierające nas w świadczeniu naszych usług, w tym zapewniających asystę i wsparcie techniczne dla systemów teleinformatycznych, w których są przetwarzane Pani/Pana dane.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres przechowywania danych określonych w instrukcji kancelaryjnej. Akta przeznaczone są do przechowywania na okres 10 lat, po upływie czasu podlegają ekspertyzie kategoria BE10.

Posiada Pani/Pan:

- na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących,
- na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych,
- na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO\*.

Nie przysługuje Pani/Panu:

- w związku z art. 17 ust.3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych,
- prawo do przenoszenia danych osobowych, o których mowa w art. 20 RODO,
- na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO.

Gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w zakresie wynikającym z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych jest wymogiem ustawowym i jest niezbędne, aby przyznać dofinansowanie w ramach programu „Aktywny Samorząd” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Oświadczam, że zapoznałem się z powyższą informacją i przyjmuję powyższe do wiadomości.

### **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

<b>Lp.</b>	<b>Plik</b>
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

<i>Miejscowość</i>	<i>Data</i>	<i>Podpis Wnioskodawcy</i>

<i>Data, pieczętka i podpis pracownika przygotowującego umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy):</i>	<i>Data, pieczętka i podpis kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu:</i>

### Wykaz załączników do wniosku Moduł III Zadanie 1

1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia), orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego.
2. Kserokopia aktu urodzenia dziecka, gdy dotyczy
3. Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej reprezentowanej przez opiekuna prawnego,
4. W przypadku wnioskodawcy, który występuje przez pełnomocnika – kserokopia pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności.
5. Dokumentacja fotograficzna o barierach architektonicznych w użytkowanym mieszkaniu i/lub w budynku, uniemożliwiających samodzielne wyjście na zewnątrz na poziom zero, jeśli wynika to z formy wnioskowanego wsparcia.
6. Umowa sprzedaży i zakupu mieszkania z których wynika różnica wartości obu mieszkań (umowy nie są wymagane na etapie składania wniosku; należy je załączyć niezwłocznie po ich zawarciu, jednak nie później niż w ciągu 180 dni od podpisania umowy o dofinansowanie. Załączenie umów jest warunkiem otrzymania wsparcia).
7. Umowa zamiany mieszkania, z której wynika różnica wartości obu mieszkań (umowa nie jest wymagana na etapie składania wniosku; należy ją załączyć niezwłocznie po jej podpisaniu, jednak nie później niż w ciągu 180 dni od podpisania umowy o dofinansowanie; załączenie umowy jest warunkiem otrzymania wsparcia).
8. Udokumentowanie tytułu prawnego do obecnego lokalu akt własności lub odpis z księgi wieczystej lub spółdzielcze własnościowe prawo do lokalu (zaświadczenie ze spółdzielni).

O ile dotyczy – w sytuacji, gdy orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne **nie jest wydane z tytułu rodzaju dysfunkcji uprawniającej do udziału w programie – zaświadczenie lekarskie:**

9. wydane przez lekarza, w tym lekarza POZ i zawierające informację o braku możliwości poruszania się bez użycia wózka inwalidzkiego przez osobę, której dotyczy wniosek,  
lub
10. wydane przez lekarza, w tym lekarza POZ i zawierające informację o dysfunkcji narządu ruchu powodującej problemy w samodzielnym poruszaniu się przez osobę, której dotyczy wniosek,  
lub
11. wydane przez lekarza okulistę i zawierające informację o całkowitym lub prawie całkowitym braku wzroku u osoby, której dotyczy wniosek,  
przy czym zaświadczenie powinno być wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku.

Wzór zaświadczenia lekarskiego „Aktywny samorząd” Moduł III zadanie 1 (dysfunkcja narząd ruchu - wózek)

Załącznik do wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł III Zadanie 1

Stempel ZOZ lub praktyki lekarskiej

Miejscowość \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE<sup>1</sup>

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”  
Moduł III Zadanie 1

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. Nr PESEL Pacjenta: .....
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się brak możliwości samodzielnego poruszania się przez Pacjenta bez użycia wózka inwalidzkiego. Brak możliwości samodzielnego poruszania się przez Pacjenta bez użycia wózka inwalidzkiego dotyczy wyjścia z mieszkania, z budynku oraz poruszania się na zewnątrz budynku.
4. Uwagi (nie są wymagane): .....

Pieczętka, nr i podpis lekarza:

<sup>1</sup> Zaświadczenie może być wystawione przez lekarza specjalistę w zakresie dysfunkcji narządu ruchu lub lekarza sprawującego opiekę medyczną nad Pacjentem (lekarz rodzinny, POZ). Zaświadczenie składa wraz z wnioskiem o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł III Zadanie 1, **wyłącznie osoba doświadczająca dysfunkcji narządu ruchu w stopniu wymagającym korzystania z wózka inwalidzkiego, która posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub równoważne), lub orzeczenie o niepełnosprawności z przypadku osób do 16 roku życia, które to orzeczenie zostało wydane z innego powodu niż 05-R (lub orzeczenie nie wskazuje przyczyny niepełnosprawności)**. Bez zaświadczenia wystawionego/ potwierdzonego przez lekarza w tym przypadku, wniosek o dofinansowanie będzie niekompletny, co spowoduje negatywną weryfikację formalną wniosku. Zaświadczenie powinno być wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku. POWIAT może zwolnić z obowiązku złożenia zaświadczenia, gdy rodzaj schorzenia/ niepełnosprawności ma charakter stały, a brak możliwości poruszania się bez użycia wózka inwalidzkiego (w stopniu wskazanym w pkt 3) został potwierdzony zaświadczeniem wystawionym w terminie wcześniejszym (lub w innym dokumencie).

Wzór zaświadczenia lekarskiego „Aktywny samorząd” Moduł III zadanie 1 (**dysfunkcja narządu ruchu**)

Załącznik do wniosku w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł III Zadanie 1

Stempel ZOZ lub praktyki lekarskiej

Miejscowość \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE<sup>2</sup>**

**wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd”  
Moduł III Zadanie 1**

1. Imię i nazwisko Pacjenta .....
2. Nr PESEL Pacjenta .....
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się dysfunkcję narządu ruchu Pacjenta, powodującą problemy w samodzielnym poruszaniu. Brak możliwości samodzielnego poruszania się przez Pacjenta dotyczy użytkowanego mieszkania, wyjścia z mieszkania, z budynku oraz poruszania się na zewnątrz budynku.
4. Uwagi (nie są wymagane):.....

Pieczętka, nr i podpis lekarza:

\_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Zaświadczenie może być wystawione przez lekarza specjalistę w zakresie dysfunkcji narządu ruchu lub lekarza sprawującego opiekę medyczną nad Pacjentem (lekarz rodzinny, POZ). Zaświadczenie składa wraz z wnioskiem o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł III Zadanie 1, **wyłącznie osoba doświadczająca dysfunkcji narządu ruchu w stopniu, który powoduje problemy w samodzielnym poruszaniu się, która posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub równoważne), lub orzeczenie o niepełnosprawności z przypadku osób do 16 roku życia, które to orzeczenie zostało wydane z innego powodu niż 05-R** (lub orzeczenie nie wskazuje przyczyny niepełnosprawności). Bez zaświadczenia wystawionego/ potwierdzonego przez lekarza w tym przypadku, wniosek o dofinansowanie będzie niekompletny, co spowoduje negatywną weryfikację formalną wniosku. Zaświadczenie powinno być wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku. POWIAT może zwolnić z obowiązku złożenia zaświadczenia, gdy rodzaj schorzenia/ niepełnosprawności ma charakter stały, a dysfunkcja narządu ruchu powodująca problemy w samodzielnym poruszaniu się w stopniu wskazanym w pkt 3) został potwierdzony zaświadczeniem wystawionym w terminie wcześniejszym (lub w innym dokumencie).

Stempel ZOZ lub praktyki lekarskiej

Miejscowość \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE<sup>3</sup>

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach programu  
„Aktywny samorząd” Moduł III Zadanie 1

1. Imię i nazwisko Pacjenta.....
2. Nr PESEL Pacjenta:.....
3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja narządu wzroku (całkowity lub prawie całkowity brak wzroku), Pacjenta, dotyczy (właściwe należy zaznaczyć):
  - obniżenia ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,05 lub ma zwężenie pola widzenia do 20 stopni,
  - w przypadku osoby do 16 roku życia – obniżenia ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,3 lub ma zwężenie pola widzenia do 30 stopni,
  - obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lepszym równą lub poniżej 0,1 lub zwężenie pola widzenia do 30 stopni.
4. Uwagi (nie są wymagane):.....

Pieczętka, nr i podpis lekarza:

\_\_\_\_\_

<sup>3</sup> Zaświadczenie może być wystawione przez lekarza specjalistę w zakresie dysfunkcji narządu wzroku lub lekarza sprawującego opiekę medyczną nad Pacjentem (lekarz rodzinny, POZ). Zaświadczenie składa wraz z wnioskiem o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł III Zadanie 1, **wyłącznie osoba doświadczająca dysfunkcji narządu wzroku, która posiada orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, lub orzeczenie o niepełnosprawności w przypadku osoby do 16 roku życia, które to orzeczenie zostało wydane z innego powodu niż 04-O**. Bez zaświadczenia wystawionego/ potwierdzonego przez lekarza wniosek o dofinansowanie będzie niekompletny, co spowoduje negatywną weryfikację formalną wniosku. Zaświadczenie powinno być wypełnione czytelnie w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed dniem złożenia wniosku. POWIAT może zwolnić z obowiązku złożenia zaświadczenia, gdy dysfunkcja narządu wzroku (w stopniu, o którym mowa w pkt 3 zaświadczenia) została potwierdzona zaświadczeniem wystawionym w terminie wcześniejszym (lub w innym dokumencie).