

I. Stopień niepełnosprawności ¹

1. Znaczny	
• inwalidzi I grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
• osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny – orzeczenie wydane przed 1.01.1998 r.	
• osoby w wieku do 16 lat z orzeczoną niepełnosprawnością	
2. Umiarkowany	
• inwalidzi II grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3. Lekki	
• inwalidzi III grupy	
• osoby częściowo niezdolne do pracy	
• osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym – orzeczenie wydane przed 1.01.1998 r.	

II. Rodzaj niepełnosprawności ¹

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2. inna dysfunkcja ruchu	
3. wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk	
4. dysfunkcja narządu wzroku	
5. dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
8. inne: podać jaki:.....	

III. Sytuacja zawodowa ¹

1. prowadzący działalność gospodarczą	
2. zatrudniony	
3. osoba w wieku powyżej lat 18 ucząca się w systemie szkolnym/studiująca*	
4. bezrobotny poszukujący pracy	
5. rencista/poszukujący pracy/nie zainteresowany podjęciem pracy*	
6. emeryt/ poszukujący pracy/ nie zainteresowany podjęciem pracy*	
7. inna podać, jaka	

IV. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków Funduszu

Lp.	Numer zawartej umowy	Cel dofinansowania	Data przyznania dofinansowania	Przyznana kwota	Stan rozliczenia
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

V. 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

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

¹ wstawić znak X we właściwej rubryce zgodnie z posiadanym orzeczeniem

* niepotrzebne skreślić

VI. Udokumentowana informacja o innych źródłach finansowania zadania

.....

.....

VII. Oświadczenie wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają niżej wymienione osoby:

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Wiek	Dochód osiągnięty w kwartale roku
1.		niepełnosprawny		
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
		RAZEM		

Oświadczam, że:

- średni miesięczny dochód przypadający na jedną osobę we wspólnym gospodarstwie domowym wyniósł: zł (słownie zł:),
- nie mam zaległości wobec Funduszu,
- w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/łam stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie uzyskałem/łam dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się/technicznych **ze środków Funduszu,
- wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych MOPS w Białej Podlaskiej, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 96 i Nr 153, poz. 1271 z późn. zm.).

* **średni miesięczny dochód:** dochód pomniejszony o obciążenie na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego 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

Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 §1, 2 oraz art. 297 §1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. 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 informować w ciągu 14 dni.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
miejsce, data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego
opiekuna prawnego/pełnomocnika

Przedstawiciel ustawowy dla małoletniego wnioskodawcy/opiekun prawny/pełnomocnik

..... syn/córka.....
imię i nazwisko *imię ojca*

seria numer wydanym w dniu przez
dowód osobisty

..... numer PESEL (w przypadku jego nadania).....

Adres zamieszkania: 21-500 Biała Podlaska, ul.

ustanowiony opiekunem prawnym/ pełnomocnikiem*

postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia sygn. Akt

na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

z dnia Repertorium nr

Załączniki do wniosku:

1. Kopia aktualnego dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu).
2. Aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności uzasadniające realizację wnioskowanego zadania (zaświadczenie powinno być wystawione w języku polskim i czytelnie).
3. Oferta cenowa wnioskowanego przedmiotu.
4. Dokumenty potwierdzające osiągnięte dochody w kwartale poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku.
5. Kopia dokumentu potwierdzającego ustanowienie pełnomocnika lub opiekuna prawnego.
6. Zaświadczenie powiatowego urzędu pracy potwierdzające status osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy.
7. Kopia decyzji o przyznaniu świadczeń z pomocy społecznej.
8. Zaświadczenie potwierdzające wielkość posiadanego gospodarstwa rolnego – ha przeliczeniowe.
9. Inne dokumenty potwierdzające zasadność wniosku.

.....
.....

Wypełnia Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

I. Adnotacje przyjmującego wniosek

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

.....
data

.....
pieczętka i podpis

II. Ocena zasadności wniosku

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

.....
data

.....
pieczętka i podpis

III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania

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

.....
data

.....
pieczętka i podpis