



II. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wstawić „X” we właściwej rubryce)

<b>1. ZNACZNY</b>	
• inwalidzi I grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji,	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
• osoby w wieku do lat 16 ( w przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
<b>2. UMIARKOWANY,</b>	
• inwalidzi II grupy	
• osoby całkowicie niezdolne do pracy,	
<b>3. LEKKI,</b>	
• inwalidzi III grupy	
• osoby częściowo niezdolne do pracy,	
• osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	

III. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wstawić „X” we właściwej rubryce)

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

IV. SYTUACJA ZAWODOWA (wstawić „X” we właściwej rubryce)

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

VI. SYTUACJA MIESZKANIOWA - NIEPEŁNOSPRAWNY ZAMIESZKUJE (wstawić „X” we właściwej rubryce)

1. samotnie	
2. z rodziną	
3. z osobami niespokrewnionymi	

VII. ŚREDNI DOCHÓD MIESIĘCZNY NETTO NA OSOBĘ W GOSPODARSTWIE DOMOWYM OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ (wstawić „X” we właściwej rubryce)

1.	poniżej 100,00 zł	
2.	101,00 - 200,00 zł	
3.	201,00 - 300,00 zł	
4.	301,00 - 400,00 zł	
5.	401,00 - 500,00 zł	
6.	501,00 - 600,00 zł	
7.	601,00 - 700,00 zł	
8.	701,00 - 800,00 zł	
9.	powyżej 800,00 zł	

VIII. OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z NIEPEŁNOSPRAWNYM  
(w tym osoba niepełnosprawna)

	Imię i nazwisko - pokrewieństwo	niepełnosprawność		Dochód miesięczny netto [zł]
		Stopień	Rodzaj	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
<b>R A Z E M:</b>				

IX. OŚWIADCZAM, ŻE ŚREDNI MIESIĘCZNY DOCHÓD NETTO PRZYPADAJĄCY NA JEDNĄ OSOBE W MOIM GOSPODARSTWIE DOMOWYM WYNOŚI

Cyfrowo \_\_\_\_\_ ZŁ

Słownie zł \_\_\_\_\_

X. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW FINANSOWYCH PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH (wypełnić rubryki, zaznaczyć właściwe)

W ZAKRESIE LIKWIDACJI BARIER			
	Korzystałam/em*	Rok dofinansowania*	Nie korzystałam/em*
ARCHITEKTONICZNYCH			
TECHNICZNYCH			
KOMUNIKACYJNYCH			
Korzystałam/em na inne cele ustawowe i rozliczyłam się (kiedy, na co)			
Korzystałam/em na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia			
Korzystałam/em i nie rozliczyłam się			

XI. DEKLAROWANY UDZIAŁ WŁASNY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ LUB SPONSORA (zaznaczyć właściwe)

1. deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania – <b>obowiązkowe 20%</b>	
2. deklarowany przez Wnioskodawcę % pokrycia kosztów realizacji zadania – <b>ponad obowiązkowe 20%</b>	
3. deklarowany przez sponsora % pokrycia kosztów realizacji zadania	

XII. DANE INFORMACYJNE O OSOBIE NIEPEŁNOSPRAWNEJ

A) wykształcenie	Zaznaczyć właściwe „X”	B) rodzaj źródła utrzymania	Zaznaczyć właściwe „X”
1. niepełne podstawowe		1. wynagrodzenie za pracę	
2. podstawowe		2. przychody z działalności gospodarczej	
3. zawodowe		3. renta stała* /emerytura*	
4. średnie ogólnokształcące		4. renta okresowa	
5. średnie zawodowe		5. renta szkoleniowa	
6. policealne		6. zasiłek dla bezrobotnych	
7. wyższe		7. zasiłek socjalny	
8. wyższe ze stopniem naukowym		8. stypendium	
		9. alimenty* /inne*	

XIII. CEL LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ, TECHNICZNYCH (uzasadnienie Wnioskodawcy)


---



---



---



---



---



---



---

Przewidywany termin rozpoczęcia zadania: \_\_\_\_\_

Przewidywany czas realizacji zadania: \_\_\_\_\_

XIV. PRZEWIDYWANY CAŁKOWITY KOSZT REALIZACJI ZADANIA

Cyfrowo \_\_\_\_\_ ZŁ

Maksymalna wysokość dofinansowania wynosi do 80% wartości zadania, jednakże nie więcej niż do kwoty 3 000,00 zł, przy udziale własnym min. 20 %.

- Oświadczam, że miesięczny dochód netto, podany w niniejszym wniosku obliczony jest zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach rodzinnych z dn. 28.11.2003 r. (Dz.U. 2020 poz. 111), tj. pomniejszony o kwoty alimentów świadczonych na rzecz innych osób, koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne nie zaliczone do kosztów uzyskania przychodu, składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz ustawy z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (Dz.U. 2019 poz. 2407), tj. podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku. Przy ustalaniu dochodów w rodzinie nie uwzględnia się dochodów nieopodatkowanych podatkiem dochodowym od osób fizycznych w tym świadczeń pielęgnacyjnych i rodzinnych.
- Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz.U. 2019 poz. 2128) art.233.§1, oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Toruniu.

Uwaga: Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.

czytelny podpis – imię i nazwisko Wnioskodawcy\* / opiekuna prawnego\* / pełnomocnika\*

\* niepotrzebne skreślić

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY (DLA MAŁOLETNIJEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ), OPIEKUN PRAWNY LUB PEŁNOMOCNIK OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ PO 18 ROKU ŻYCIA**

1.	Imię i nazwisko / imię ojca	
2.	Seria i nr dowodu	
3.	Data wydania dowodu	
4.	Wydany przez	
5.	PESEL	
6.	Adres zamieszkania ul., nr domu, nr lokalu kod pocztowy, miejscowość	
7.	Poczta	
8.	Powiat	
9.	Województwo	
10.	Nr telefonu	

**OPIEKUN PRAWNY DZIECKA / DOROSŁEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Imię i Nazwisko	
PESEL:	
Adres zamieszkania	
ustanowionego postanowieniem Sądu Rejonowego w _____	
Z dnia	
Sygnatura akt	

**PEŁNOMOCNIK DZIECKA / DOROSŁEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Imię i Nazwisko	
PESEL:	
Adres zamieszkania	
na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza	
Z dnia	
Nr repertorium	

*Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2017 r. poz. 2204) 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**

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis – imię i nazwisko – Wnioskodawcy\* / opiekuna prawnego\* / pełnomocnika\*

\* - niepotrzebne wykreślić

**Do wniosku należy dołączyć:**

- kopie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, oryginał orzeczenia do wglądu,
- kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób,
- aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty potwierdzające rodzaj niepełnosprawności (wszystkie dysfunkcje) ze wskazaniem jakiemu celowi ma służyć likwidacja bariery,
- udokumentowaną podstawę prawną zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier technicznych (własność, umowa najmu) lub zgoda właściciela budynku – dot. barier technicznych,
- zaświadczenie\*/ oświadczenie\* decyzja o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą (netto średnia z 3 ostatnich miesięcy),
- zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy,
- kosztorys wstępny planowanej inwestycji wraz ze szkicami sporządzone przez zarejestrowany podmiot gospodarczy upoważniony do wystawiania faktur VAT – dot. barier technicznych,
- dwie konkurencyjne oferty cenowe sprzętu z wyszczególnieniem wszystkich elementów zestawu wraz z cenami,
- opinia ze szkoły / zaświadczenie z uczelni wyższej.

\_\_\_\_\_  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

\_\_\_\_\_  
(data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**  
(PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE W JĘZYKU POLSKIM)

Imię i nazwisko pacjenta \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

1. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Wskazania dotyczące używania urządzeń ułatwiających codzienne czynności lub kontakty z otoczeniem

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Niepełnosprawność pacjenta dotyczy (zakreślić właściwe):

- narządu ruchu w zakresie \_\_\_\_\_
- narządu słuchu,
- narządu wzroku,
- narządu mowy,
- niepełnosprawność intelektualna,
- inne schorzenia, w zakresie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
data

\_\_\_\_\_  
pieczęć i podpis lekarza specjalisty

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH**

(udzielenia świadczeń z środków PFRON)

W związku z realizacją wymogów 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 „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych

**1. Informacje dotyczące administratora danych**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w procesie zamówień publicznych jest: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) w Toruniu, ul. Towarowa 4-6, 87-100 Toruń. Administrujący danymi - Dyrektor PCPR w Toruniu.

**2. Inspektor ochrony danych**

Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania PCPR w Toruniu, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować się Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w PCPR w Toruniu za pomocą adresu poczty elektronicznej: [agmarkanc@wp.pl](mailto:agmarkanc@wp.pl)

**3. Cel i podstawy przetwarzania**

Państwa dane będą przetwarzane w celu przyznania wnioskodawcy: dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych, dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, likwidacji barier architektonicznych, dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, likwidacji barier technicznych, na podstawie obowiązujących przepisów prawa w tym ustawy:

- ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426),
- Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz.U. 2015 poz.926),
- Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1694 z późn. zm.),
- Ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania, (Dz. U. z 2017 r., poz. 1824), Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz.U. z 2017r. poz. 1061 z późn. zm.). zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody

**4. Odbiorcy danych osobowych**

- organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa w tym PFRON;
- podmioty z którymi (PCPR) w Toruniu zawarł umowy lub porozumienie na korzystanie z udostępnianych przez nie systemów informatycznych w zakresie przekazywania lub archiwizacji danych. Zakres przekazania danych tym odbiorcom ograniczony jest jednak wyłącznie do możliwości zapoznania się z tymi danymi w związku ze świadczeniem usług wsparcia technicznego i usuwaniem awarii. Odbiorców tych obowiązuje klauzula zachowania poufności pozyskanych w takich okolicznościach wszelkich danych, w tym danych osobowych.

**5. Okres przechowywania danych**

Przekazane dane osobowe będą przechowywane w różnych okresach czasu w oparciu o Instrukcję Kancelaryjną na podstawie: Ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz Rozporządzenia Ministra Kultury z dnia 16 września 2002 r. w sprawie postępowania z dokumentacją, zasad jej klasyfikowania i kwalifikowania oraz zasad i trybu przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych. Ponadto w innych przypadkach dane osobowe będą przechowywane przez okres 6 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych lub po ewentualnym odwołaniu zgody, przez okres przedawnienia roszczeń przysługujących administratorowi danych oraz zgodnie z wymogami innych ustaw.

**6. Prawa osób, których dane dotyczą**

Mają Państwo prawo do:

- dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
- ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
- usunięcia danych osobowych;
- wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa).

**7. Przysługujące Państwu uprawnienia związane z przetwarzaniem danych osobowych**

W odniesieniu do danych pozyskanych w związku z prowadzonym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego przysługują Państwu następujące uprawnienia:

- prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
- prawo do usunięcia danych osobowych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej;
- prawo do ograniczenia przetwarzania danych, przy czym przepisy odrębne mogą wykluczyć możliwość skorzystania z tego praw;
- prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Aby skorzystać z powyższych praw, należy się skontaktować z nami lub z naszym inspektorem ochrony danych (dane kontaktowe zawarte są w punktach 1 i 2).

**8. Obowiązek podania danych**

Podanie przez Pana/Panią danych osobowych w prawnie wymaganym zakresie jest dobrowolne, ale brak podania danych może skutkować odmową przyznania wnioskowanych świadczeń.

**9. Przekazywanie danych poza Europejski Obszar Gospodarczy**

Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej

**10. Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.**

**Opinia merytoryczna dotycząca poprawności rozwiązań technicznych i kosztów likwidacji barier**  
**(wypełnia pracownik PCPR)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_

*podpis*

**Decyzja o przyznaniu dofinansowania**

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_

*podpis i pieczęć*