

nr wniosku wg rejestru  
pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek

data wpływu do PCPR w Toruniu

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie w zakresie likwidacji barier ARCHITEKTONICZNYCH**  
**w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**

**I. A. DANE DOTYCZĄCE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK**  
(proszę wypełnić drukowanymi literami)

imię (imiona) i nazwisko \_\_\_\_\_

nr PESEL \_\_\_\_\_ data urodzenia \_\_\_\_\_

zam. \_\_\_\_\_ ulica \_\_\_\_\_ nr domu \_\_\_\_\_ nr lokalu \_\_\_\_\_  
*dokładny adres*

nr kodu \_\_\_\_\_ poczta \_\_\_\_\_ powiat \_\_\_\_\_

województwo \_\_\_\_\_ nr tel. \_\_\_\_\_

**B. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK JAKO:**

**Przedstawiciel ustawowy małoletniej osoby niepełnosprawnej\***

**Opiekun prawny osoby niepełnosprawnej po 18 roku życia\***

**Pełnomocnik osoby niepełnosprawnej po 18 roku życia\***

\_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko)

nr PESEL \_\_\_\_\_ data urodzenia \_\_\_\_\_

miejsowość \_\_\_\_\_ ulica \_\_\_\_\_ nr domu \_\_\_\_\_ nr lokalu \_\_\_\_\_  
*dokładny adres*

nr kodu \_\_\_\_\_ poczta \_\_\_\_\_ powiat \_\_\_\_\_

województwo \_\_\_\_\_ nr tel. \_\_\_\_\_

ustanowiony opiekunem\* /pełnomocnikiem\* dla: \_\_\_\_\_

Nr PESEL(małoletniego, ubezwłasnowolnionego): \_\_\_\_\_

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. \_\_\_\_\_ sygn. akt\* /na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez  
Notariusza \_\_\_\_\_ z dn. \_\_\_\_\_ repet. nr \_\_\_\_\_)\*)

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

\* właściwe proszę podkreślić

## Wniosek nr 05

### 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 SPOŁECZNO - ZAWODOWA

<b>SYTUACJA ZAWODOWA</b> (wstawić „X” we właściwej rubryce)			
1. zatrudniony		2. prowadzący działalność gospodarczą	
3. osoba w wieku od lat 18 do 24/ ucząca się lub studiująca		4. osoba w wieku od lat 18 do 24, nie ucząca się	
5. bezrobotny poszukujący pracy		6. rencista nie zainteresowany podjęciem pracy	
7. rencista pracujący		8. emeryt	
9. dzieci i młodzież do lat 18		9. emeryt pracujący	
<b>SYTUACJA RODZINNA</b> (wstawić „X” we właściwej rubryce)			
1. osoba samotna			
2. osoba zamieszkująca z rodziną lub osobami niespokrewnionymi			

### V. INFORMACJE O OSOBIE NIEPEŁNOSPRAWNEJ(wpisać pod nr 1)

#### ORAZ OSOBACH WSPÓLNIE ZAMIESZKUJĄCYCH

	Stopień pokrewieństwa osoby wspólnie zamieszkującej z niepełnosprawnym	Niepełnosprawność		Dochód miesięczny netto [zł]
		Stopień	Rodzaj	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
<b>RAZEM</b>				
<b>DOCHÓD NA OSOBĘ</b>				

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

W ZAKRESIE LIKWIDACJI BARIER			
	Korzystałam/em*	Rok dofinansowania*	Nie korzystałam/em*
<b>ARCHITEKTONICZNYCH</b>			
Korzystałam/em na inne cele ustawowe i rozliczyłem się ( <i>na co, przyznana kwota, nr umowy</i> )			
Korzystałam/em na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia			
Korzystałam/em i nie rozliczyłem się			

**VII „A” SYTUACJA MIESZKANIOWA - OPIS BUDYNKU I MIESZKANIA-** (wypełnić rubryki, podkreślić właściwe)

- dom jednorodzinny, wielorodzinny prywatny, wielorodzinny komunalny, wielorodzinny spółdzielczy, wspólnota mieszkaniowa,
- 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 jest wyposażona w: wannę, brodzik, kabinę prysznicową, umywalkę
- w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej, ciepłej, kanalizacja, centralne ogrzewanie, prąd, gaz
- inne informacje o warunkach mieszkaniowych \_\_\_\_\_

**VIII. CEL LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH,** (uzasadnienie Wnioskodawcy)

---



---



---



---



---



---

**IX. WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER I ORIENTACYJNY KOSZT**

(w kolejności od najważniejszego dla wnioskodawcy).

---



---



---



---



---

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

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

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 (jeśli takie nakłady zostały poniesione):

Zostały poniesione \*

Nie zostały poniesione\*

źródła finansowania .....

.....

.....

Informacja o **innych źródłach** finansowania zadania:

Występują\*

Nie występują\*

źródła finansowania .....

.....

.....

\* właściwe proszę podkreślić

**X. DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON I UDZIAŁ WŁASNY**

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych **przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.** (wnioskowane zadanie nie może być zrealizowane przed podpisaniem umowy na jego realizację)

Dofinansowanie ze środków PFRON do barier architektonicznych **może** wynieść do 80% przedsięwzięcia, jednak nie więcej niż 12 000,00zł. **Wymagany minimalny udział własny** stanowi 20% wartości zadania.

**XI. DEKLAROWANY UDZIAŁ WŁASNY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Wartość brutto realizacji zadania( całkowity koszt )	
Wartość <b>wymaganego</b> minimalnego 20% wkładu własnego	
Wysokość wnioskowanego dofinansowania bez udziału własnego (nie więcej niż 12 000,00zł)	

Dane rachunku bankowego wskazanego przez Wnioskodawcę w celu przekazania dofinansowania	
Nazwa Banku	
Numer konta	

- 1/ 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.
- 2/ 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.

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

## Uwaga: Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.

### 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 w komunikowaniu się, 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 z 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 wyłączyć 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.**

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

\_\_\_\_\_  
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 jakiemu celowi ma służyć likwidacja bariery  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

**Do wniosku należy dołączyć:**

- a) kopie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, oryginał do wglądu,
- b) kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób,
- c) aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty lub lekarza POZ, który na podstawie dokumentacji medycznej potwierdzi zgodnie z niepełnosprawnością rodzaj dysfunkcji, ze wskazaniem jakiemu celowi ma służyć likwidacja bariery,
- d) udokumentowaną podstawę prawną zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (własność, umowa najmu) lub zgoda właściciela budynku – dot. barier architektonicznych,
- e) zaświadczenie\*/ oświadczenie\* o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą,
- f) zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy,
- g) kosztorys wstępny planowanej inwestycji (potwierdzony podpisem wykonawcy z jego pieczętka) wraz ze szkicami (szkic stanu obecnego i szkic po modernizacji) sporządzone przez zarejestrowany podmiot gospodarczy upoważniony do wystawiania faktur VAT,
- h) zaświadczenie potwierdzające status osoby uczącej się ze szkoły lub uczelni wyższej w przypadku osoby uczącej się lub studiującej.

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
*(data i podpis)*

**Decyzja o przyznaniu dofinansowania**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczęć*