
 Data wpływu

WNIOSEK Nr _____
**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
 Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych
 w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

ADRES ZAMIESZKANIA

Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

ADRES KORESPONDENCYJNY Taki sam jak adres zamieszkania

Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY/ OS. NIEPEŁNOSPRAWNEJ-(JEŻELI WYSTĘPUJE PRZEPEŁNOMOCNIKA)

Imię:													
Drugie imię:													
Nazwisko:													
PESEL:	<table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;">L</td> <td style="width: 20px;">L</td> <td style="width: 20px;">L</td> <td style="width: 20px;">L</td> <td style="width: 20px;">L</td> <td style="width: 20px;">L</td> <td style="width: 20px;">L</td> <td style="width: 20px;">L</td> <td style="width: 20px;">L</td> <td style="width: 20px;">L</td> <td style="width: 20px;">L</td> <td style="width: 20px;">L</td> </tr> </table>	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L
L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L	L		
Data urodzenia:													
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta												

ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO

Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:.....
Numer orzeczenia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Rodzaj niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

<p>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny</p>

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Na likwidację barier architektonicznych/ w komunikowaniu się/ technicznych ze środków finansowych PFRON:

- nie korzystałem
 korzystałem

ŚREDNI DOCHÓD

Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:

- indywidualne wspólne

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym **wynosi:** _____ **osób(y/a)**

w tym liczba osób niepełnosprawnych _____

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał (trzy miesiące) poprzedzający miesiąc złożenia wniosku **wynosi:** _____ **zł**

Przeciętny miesięczny dochód - należy przez to rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w art.3 pkt. 1-3 ustawy z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych; dochody z różnych źródeł sumują się;

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowania	Stan rozliczenia

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**PRZEDMIOT WNIOSKU**

Przedmiot / cel wniosku, przeznaczenie dofinansowania (uzasadnienie, krótki opis)

Przewidywany koszt realizacji zadania (100%):

Słownie:

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:

Słownie:

co stanowi % kwoty brutto przewidywanych kosztów realizacji zadania:

Deklarowane środki własne:

WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU LIKWIDACJI BARIER

Wykaz planowanych przedsięwzięć (inwestycji, zakupów) w celu likwidacji barier:

SYTUACJA ZAWODOWA

- Zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
 Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
 Bezrobotny poszukujący pracy
 Rencista poszukujący pracy
 Rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
 Dzieci i młodzież do lat 18
 Inne / jakie?

OŚWIADCZENIE

- Przyjmuję do wiadomości, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w tym zakresie.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizji lokalnej w moim miejscu zamieszkania, sporządzenie protokołu, dokumentacji fotograficznej pomieszczeń oraz przeprowadzenie niezbędnych kontroli w ramach realizacji wniosku i umowy.
- W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.
- Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ciągu trzech lat przed złożeniem niniejszego wniosku nie byłem(am) stroną umowy zawartej z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny** - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.**
- Nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy ze środków PFRON – za pośrednictwem innego realizatora na terenie innego samorządu powiatowego.
- 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.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z prowadzonym postępowaniem w zakresie: numeru telefonu, adresu do korespondencji (jeśli dotyczy), danych właściciela rachunku bankowego.
- O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
- Wnioski niezrealizowane w roku bieżącym, ze względu na brak środków finansowych na to zadanie, nie przechodzą na rok następny.**
 ** „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

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

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1	Kopia orzeczenia, o którym mowa w art.1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27.08.1997r.o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
2	Aktualne zaświadczenie lekarskie wg wzoru określonego przez PCPR w Toruniu
3	Kopia dokumentu stanowiącego podstawę prawną do zamieszkania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (np. akt własności, umowa najmu itp.)
4	Zgoda właściciela lokalu lub budynku na wykonanie prac związanych z likwidacją barier (jeżeli Wnioskodawca nie jest właścicielem lokalu/budynku, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych)
5	Kosztorys wstępny planowanej inwestycji oraz <u>dwa szkice</u> („przed” i „po” likwidacji barier) <u>sporządzone przez</u> zarejestrowany podmiot gospodarczy upoważniony do wystawiania dokumentów rozliczeniowych np. faktur
6	Dokument potwierdzający prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej – o ile dotyczy
7	Inne dokumenty (wymienić jakie):

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH

(udzielenia świadczeń z środków PFRON)

Na podstawie art. 13 ust.1 i 2 RODO Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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, dalej: 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. Administrującymi 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 z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w PCPR w Toruniu za pomocą adresu poczty elektronicznej: iod@pcpr-torun.pl

3. Cel i podstawy przetwarzania Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia złożonego przez Panią/Pana wniosku na podstawie następujących przepisów

- art. 6 ust. 1 lit. a lub c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych RODO,

- art. 9 ust. 2 pkt. a-j) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych RODO, osobowe w ramach postępowania w sprawach dofinansowań z środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celu:

- wypełnienia obowiązków prawnych ciążyących na Administratorze,
- w pozostałych przypadkach – na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.

W przypadku przetwarzania danych osobowych szczególnej kategorii np. dotyczących zdrowia podstawą przetwarzania jest art. 9 ust. 2 lit. b Rozporządzenia RODO czyli przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora w dziedzinie praw a pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej. Administrator przetwarza dane osobowe w celu wypełnienia obowiązków prawnych w szczególności na podstawie:

- Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych,
- Ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r kodeks postępowania administracyjnego,
- 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
- a także przepisów wykonawczych do wskazanych ustaw

4. Odbiorcy danych osobowych Administrator przetwarza dane osobowe zwykle (np. dane identyfikacyjne i kontaktowe) oraz szczególnych kategorii (np. dane o niepełnosprawności) w zakresie niezbędnym do realizacji celu przetwarzania.

- 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;

Dane osobowe będą przechowywane przez czas niezbędny do realizacji celu, w jakim zostały zgromadzone, a po tym czasie przez okres niezbędny do wypełnienia obowiązków wynikających z ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych oraz w Rozporządzeniu Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej

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.

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że ja niżej podpisały/a: Składam wniosek dotyczący dofinansowania ze środków z PFRON. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i danych osób wskazanych we wniosku, przez PCPR w Toruniu ul. Towarowa 4-6 dla celów związanych z procedowaniem przewidzianym w ustawie O pomocy społecznej, oraz ustawach szczególnych dotyczących przyznawanych środków. Jednocześnie wyrażam zgodę na przesyłanie przez Administratora, na mój adres e-mail lub wykorzystanie mojego nr telefonu w celu informacji dotyczących realizacji wniosku. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Klauzulą Informacyjną przekazaną zgodnie z art. 13 ust.1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych zwanego RODO.

.....
*czytelny podpis - imię i nazwisko Wnioskodawcy
/ pełnomocnika / opiekuna prawnego*

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb PCPR w Toruniu – likwidacja barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej
(prosimy wypełnić czytelnie)

Imię i nazwisko Pacjenta _____

PESEL _____

Adres zamieszkania _____

1. Opis rodzaju schorzenia zasadniczego i schorzeń współistniejących:

2. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta w zakresie trudności w poruszaniu się dotyczy (zaznaczyć właściwe):

narządu ruchu w zakresie (np. osoba leżąca/poruszająca się o kulach/po amputacji): _____

porusza się na wózku inwalidzkim

narządu wzroku

inne schorzenia, w zakresie _____

3. Czy likwidacja barier architektonicznych _____

(co stanowi barierę)

wpłyne na wydajniejsze/sprawniejsze funkcjonowanie pacjenta w życiu codziennym:

Tak

Nie

data

pieczęć i podpis lekarza

**KALKULACJA KOSZTÓW DOTYCZĄCA LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH
WG WNIOSKODAWCY.....***

Lp.	Wykaz planowanych prac	Jednostka miary	Ilość	Wartość
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
RAZEM				

.....
Podpis i pieczętka osoby sporządzającej kosztorys

*Należy wpisać jakich (łazienka, podjazd, itd.)