

\_\_\_\_\_

Data wpływu

**WNIOSEK Nr \_\_\_\_\_**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji  
Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

ROLA WNIOSKODAWCY													
Wnioskodawca składa wniosek:													
Postanowieniem Sądu:													
Z dnia:													
Sygnatura akt:													
Imię i nazwisko notariusza:													
Repertorium nr:													
Zakres pełnomocnictwa:	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne												
DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY													
Imię:													
Drugie imię:													
Nazwisko:													
PESEL:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>												
Data urodzenia:													
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta												
Korespondencja z Wnioskodawcą za pomocą: <i>*Właściwe zaznaczyć „X”</i>	Poczta tradycyjną <input type="checkbox"/> e – Doręczenie <input type="checkbox"/>												

**ADRES ZAMIESZKANIA**

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

Taki sam jak adres zamieszkania

**ADRES KORESPONDENCYJNY**

<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr domu:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Poczta:</b>	

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

<b>Imię:</b>													
<b>Drugie imię:</b>													
<b>Nazwisko:</b>													
<b>PESEL:</b>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												
<b>Data urodzenia:</b>													
<b>Płeć:</b>	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta												

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

<b>STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>	
<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 <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
<b>Grupa inwalidzka</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Niezdolność:</b>	<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

<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<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
<b>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:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

### ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne  wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:** \_\_\_\_\_ zł

**Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:** \_\_\_\_\_

### KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Informacja o korzystaniu ze środków PFRON obejmuje dofinansowanie otrzymane na podstawie zawartych umów. Nie należy więc wykazywać pomocy uzyskanej w ramach zadania: przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

**Ze środków finansowych PFRON:**

nie korzystałem

korzystałem

**CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON**

Cel dofinansowania	Nr umowy	Data zawarcia umowy	Kwota dofinansowana	Stan rozliczenia

**Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU****PRZEDMIOT WNIOSKU**

<b>Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:</b>	
<b>Przewidywany kosztrealizacji zadania (100%):</b>	
<b>Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 80%:</b>	
<b>co stanowi % kwoty brutto przewidywanychkosztów realizacji zadania:</b>	
<b>Cel dofinansowania:</b>	
<b>Miejsce realizacji:</b>	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON powinna wynosić do 80% kosztów realizacji zadania.	

**PODSUMOWANIE (WSZYSTKIE PRZEDMIOTY)**

<b>Przewidywany koszt:</b>	
<b>Kwota wnioskowana:</b>	
<b>Uzasadnienie:</b>	

Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

**FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH**

<b>Właściciel konta (imię i nazwisko):</b>												
<b>Nazwa banku:</b>												
<b>Nr rachunku bankowego:</b>												
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>

Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

**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?

**Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE  
OŚWIADCZENIE**

- 1./ 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, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**. Dochody z różnych źródeł sumują się. Przy ustalaniu dochodów w rodzinie nie uwzględnia się dochodów nieopodatkowanych podatkiem dochodowym od osób fizycznych w tym świadczeń pielęgnacyjnych i rodzinnych.
- 2./** 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.
- 3./ 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.**
- 4./ O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**
- 5./** Oświadczam, że 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.
- 6./** Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- 7./** Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.
- 8./ Podstawą dofinansowania ze środków Funduszu jest umowa** zawarta przez starostę z osobą niepełnosprawną lub jej przedstawicielem ustawowym.
- 9./** Zakup sprzętu przed zawarciem umowy uniemożliwia uzyskanie powyższego dofinansowania.
- 10./** Przyjmuję do wiadomości, że przystąpienie do realizacji dofinansowań następuje po otrzymaniu środków finansowych i przyjęciu przez Radę Powiatu Toruńskiego uchwały dot. podziału środków PFRON oraz po posiedzeniu *Komisji ds. Kwalifikacji Wniosków z Zakresu Likwidacji Barrier (...) w Komunikowaniu się, (...), do Uzyskania Dofinansowania ze Środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.*
- 11./** Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.
- 12./ Uwaga:** złożenie niniejszego wniosku w PCPR w Toruniu nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.
- 13./** Wnioski niezrealizowane w roku bieżącym, ze względu na brak środków finansowych na to zadanie, nie przechodzą na rok następny.

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

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

Lp.	WYMAGANE
1.	Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub inny dokument równoważny
2.	Aktualne zaświadczenie lekarskie o potrzebie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do rehabilitacji w warunkach domowych wg wzoru określonego przez PCPR w Toruniu
3.	Oferta cenowa / faktura pro forma na wnioskowany sprzęt rehabilitacyjny
4.	Kopia dokumentu potwierdzającego prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej – o ile dotyczy: - w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - kserokopia wyroku sądu / postanowienia - w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika – kserokopia pełnomocnictwa notarialnego

## **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. 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: [iod@pcpr-torun.pl](mailto: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 prawa 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 (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 podpisa(n)ą: 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\*

\* niepotrzebne skreślić

---

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA**

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  
w Toruniu (prosimy wypełnić czytelnie)

Imię i Nazwisko pacjenta: \_\_\_\_\_

Nr PESEL: \_\_\_\_\_

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

Przyczyna niepełnosprawności / rodzaj schorzenia:

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

Wskazania do rehabilitacji – uzasadnienie (wymienić na jakim sprzęcie):

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

Czy zachodzi potrzeba prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu ww. sprzętu?

TAK     NIE

\_\_\_\_\_  
data

\_\_\_\_\_  
pieczętka i podpis lekarza