



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Data wpływu

WNIOSEK Nr _____/2026 r.

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych do 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:	☐ pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie ☐ do rozliczenia dofinansowania ☐ do zawarcia umowy ☐ do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku ☐ do złożenia wniosku ☐ inne

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Imię:													
Drugie imię:													
Nazwisko:													
PESEL:	<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>												
Data urodzenia:													
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ kobieta												
Korespondencja z Wnioskodawcą za pomocą: <i>*Właściwe zaznaczyć „X”</i>	Pocztą tradycyjną ☐ e – Doręczenie ☐												

ADRES ZAMIESZKANIA

Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

☐ Taki sam jak adres zamieszkania
ADRES KORESPONDENCYJNY

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

DANE PODOPIECZNEGO / MOCODAWCY

Imię:													
Drugie imię:													
Nazwisko:													
PESEL:	<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>												
Data urodzenia:													
Płeć:	☐ mężczyzna ☐ 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:	☐ miasto ☐ wieś

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ tak ☐ nie
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	☐ bezterminowo ☐ okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ nie dotyczy
Niezdolność:	☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji ☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy ☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy ☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ Nie dotyczy

Rodzaj niepełnosprawności:	☐ 01-U – upośledzenie umysłowe ☐ 02-P – choroby psychiczne ☐ 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ osoba głucha ☐ osoba głuchoniema ☐ 04-O – narząd wzroku ☐ osoba niewidoma ☐ osoba głuchoniewidoma ☐ 05-R – narząd ruchu ☐ wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego ☐ dysfunkcja obu kończyn górnych ☐ 06-E – epilepsja ☐ 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia ☐ 08-T – choroby układu pokarmowego ☐ 09-M – choroby układu moczowo-płciowego ☐ 10-N – choroby neurologiczne ☐ 11-I – inne ☐ 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe
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:	☐ tak ☐ nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	☐ 2 przyczyny ☐ 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

Przedmiot wniosku, przeznaczenie dofinansowania:	
Przewidywany kosztrealizacji zadania (100%):	
Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON – maksymalnie 80%:	
co stanowi % kwoty brutto przewidywanychkosztów realizacji zadania:	
Cel dofinansowania:	
Miejsce realizacji:	

Kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON powinna wynosić do 80% kosztów realizacji zadania.

PODSUMOWANIE (WSZYSTKIE PRZEDMIOTY)

Przewidywany koszt:	
Kwota wnioskowana:	
Uzasadnienie:	

☐ Przelew na konto Wnioskodawcy/osoby upoważnionej przez Wnioskodawcę:

FORMA PRZEKAZANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH

Właściciel konta (imię i nazwisko) *:	
Nazwa banku:	

NR RACHUNKU BANKOWEGO:[illegible]☐ Konto Wykonawcy podane na dowodzie zakupu usługi

* W przypadku podania danych innych niż własne zobowiązuje się do poinformowania osobę, której dane osobowe udostępniam, iż administratorem jej danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Toruniu, ul. Polna 34/38, 87-100 Toruń.

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.
- 11./** Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych.
- 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. Polna 34/38, 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 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 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 zwykłe (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, 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 podpisała/y: 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*

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego)

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

pieczęć i podpis lekarza