

pieczęć PCPR w Toruniu

data wpływu do PCPR w Toruniu

WNIOSEK nr \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ r

o dofinansowanie w zakresie likwidacji barier w KOMUNIKOWANIU SIĘ\* / TECHNICZNYCH\*  
w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

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

1.			TAK*	NIE*
	IMIĘ I NAZWISKO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ		Pełnomocnik / opiekun prawny	
2.	PESEL			
3.	Data urodzenia			
4.	Seria i nr dowodu osobistego			
5.	Data wydania dowodu osobistego			
6.	Wydany przez			
7.	Adres zamieszkania ul., nr domu, kod pocztowy, miejscowość			
		_____ kod pocztowy, miejscowość		
8.	Poczta			
9.	Powiat			
10.	Województwo			
11.	Nr telefonu			
12.	Nazwa banku			

Przelewem na konto bankowe Wnioskodawcy: TAK\* / NIE\*

– nazwa banku: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Konto bankowe wystawcy faktury: TAK\* / NIE\*

\* niepotrzebne skreślić

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

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 OSOBE 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 rozliczyłem się (kiedy, na co)			
Korzystałam/em na inne cele ustawowe i jestem w trakcie rozliczenia			
Korzystałam/em i nie rozliczyłem 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

XIV. KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA (bez 20% udziału własnego osoby niepełnosprawnej)

Cyframi: \_\_\_\_\_

Słownie: \_\_\_\_\_

- Oświadczam, że miesięczny dochód netto, podany w niniejszym wniosku obliczony jest zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach rodzinnych z dn. 28.11.2003r. (Dz.U. 2017 poz. 2220), 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. 2018.2134), tj. podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku. Przy ustalaniu dochodów w rodzinie nie uwzględnia się świadczeń pielęgnacyjnych i rodzinnych.
- 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 niezwłocznie poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Toruniu.

\_\_\_\_\_

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

\* niepotrzebne skreślić

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY (DLA MAŁOLETNIEJ 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	
		Kod pocztowy , miejscowość
7.	Poczta	
8.	Powiat	
9.	Województwo	
10.	Nr telefonu	
<b>OPIEKUN PRAWNY DZIECKA / DOROSŁEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ</b>		
Imię i Nazwisko		
Adres zamieszkania		
ustanowionego postanowieniem Sądu Rejonowego		
Z dnia		
Sygnatura akt		
<b>PEŁNOMOCNIK DZIECKA / DOROSŁEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ</b>		
Imię i Nazwisko		
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**

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

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

\* - niepotrzebne wykreślić

**Do wniosku należy dołączyć:**

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

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

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

**ZASWIADCZENIE 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**

Przetwarzamy Pani/Pana dane osobowe i chcemy zadbać o Wasze prawa i prywatność.

Dlatego realizując obowiązek informacyjny wynikający z 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 (RODO)

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Toruniu przy ul. Towarowej 4-6, (87-100 Toruń), jako Administrator Twoich danych osobowych informuje, że:**

- 1) Osobą reprezentującą Administratora (danych osobowych) jest Dyrektor PCPR – Pani Jolanta Zielińska.
- 2) Przetwarzamy Pani/Pana dane w różnym zakresie – w zależności od celu i podstawy prawnej przetwarzania. Jeśli chcesz uzyskać szczegółowe informacje odnośnie Twoich danych osobowych przetwarzanych przez PCPR w Toruniu możesz kontaktować się w tej sprawie z Inspektorem Ochrony Danych. Jest nim Pan Paweł Czapnik – [iod@pcpr-torun.pl](mailto:iod@pcpr-torun.pl).
- 3) Będziemy przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w związku z realizacją obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) oraz wykonywaniem przez administratora zadań realizowanych w interesie publicznym lub sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi (art. 6 ust. 1 lit. e RODO). Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych będą również zawarte umowy oraz, jeśli to konieczne, udzielone przez Panią/Pana zgody na przetwarzanie danych.  
W zależności od powodu, dla którego zebraliśmy, lub przekazaliście nam Państwo swoje dane osobowe podstawą prawną przetwarzania będą między innymi:  
-art. 35a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o *rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych* (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 roku, poz. 511 ze zm.),
- 4) Pani/Pana dane osobowe będą lub mogą być przekazywane wyłącznie do podmiotów uprawnionych na podstawie przepisów prawa, porozumienia o współadministrowaniu lub umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
- 5) PCPR w Toruniu jako administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 6) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
- 7) Dane będą przetwarzane przez okres nie dłuższy niż jest to konieczne do zrealizowania celu i zadania, w jakim zostały zebrane. Następnie przez czas ustalony na podstawie 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 (Dz. U. Nr 14, poz. 67 z późn. zm.).
- 8) Zgodnie z RODO posiada Pan/Pani prawo do:
  - a. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
  - b. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
  - c. 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;
  - d. prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
  - e. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
  - f. prawo do przeniesienia danych w określonych sytuacjach;
  - g. prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa).
- 9) Posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, jeśli taka zgoda była konieczna do rozpoczęcia czynności przetwarzania, jednakże dane osobowe zostaną usunięte z uwzględnieniem upływu okresu, o którym mowa w pkt 7 niniejszej informacji.
- 10) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne ale będzie warunkiem wykonania na Pani/Pana rzecz zadań realizowanych przez PCPR w Toruniu.

---

czytelny podpis - imię i nazwisko

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_

*podpis*

**Decyzja o przyznaniu dofinansowania**

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_

*pieczętka i podpis*