



pieczęć PCPR w Toruniu

data wpływu do PCPR w Toruniu

WNIOSEK nr _____ / _____ r

OSOBA PEŁNOLETNIA* **OSOBA MAŁOLETNIA DO 18 r. ż.***

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

DANE DOTYCZĄCE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ (WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)				
1.	IMIĘ I NAZWISKO			
	Wnioskodawca reprezentowany przez: (jeśli dotyczy)	pełnomocnik*	opiekun prawny*	NIE
2.	PESEL			
3.	Data urodzenia			
4.	Seria i nr dowodu osobistego			
5.	Data wydania dowodu osobistego			
6.	Adres zamieszkania: ul., nr domu			
	Kod pocztowy, miejscowość			
7.	Miasto * / Gmina*			
8.	Poczta			
9.	Nr telefonu (osoba do kontaktu – jeśli dotyczy)			
REALIZACJA DOFINANSOWANIA: Przelewem na wskazany nr konta bankowego: TAK* – imię i nazwisko właściciela konta bankowego: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> [][] [][][][] [][][][] [][][][] [][][][][] [][][][][] [][][][][] </div>				
Konto bankowe wystawcy faktury VAT : TAK _ NIE*				

* WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ

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



GŁÓWNA DYSFUNKCJA NAJBARDZIEJ UTRUDNIAJĄCA FUNKCJONOWANIE W ŻYCIU CODZIENNYM

1./ Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	
2./ Inna dysfunkcja narządu ruchu	
3./ Dysfunkcja narządu wzroku	
4./ Dysfunkcja narządu słuchu i/lub mowy	
5./ Upośledzenie umysłowe	
6./ Całościowe zaburzenie rozwoju (w tym autyzm, zespół Aspergera itd.)	
7./ Epilepsja	
8./ Inne, jakie:	

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB JEGO ODPOWIEDNIK

1./ Znaczny stopień niepełnosprawności (pierwsza grupa)	
2./ Umiarkowany stopień niepełnosprawności (druga grupa)	
3./ Lekki stopień niepełnosprawności (trzecia grupa)	
4./ Dziecko do 16 lat z orzeczoną niepełnosprawnością	

SYTUACJA ZAWODOWA

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	

STATUS RODZINNY I EKONOMICZNY WNIOSKODAWCY

Osoba samotna	TAK* / NIE*	Dochód miesięczny/netto/ na osobę	
Ilość osób we wspólnym gospodarstwie domowym			
Ilość osób niepełnosprawnych wspólnie zamieszkujących			

KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW FINANSOWYCH PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W ZAKRESIE: (wypełnić rubryki, zaznaczyć właściwe)

LIKWIDACJA BARIER	Korzystałam/em*	Rok dofinansowania*	Nie korzystałam/em*
architektoniczne			
techniczne			
w komunikowaniu się			

DEKLAROWANY UDZIAŁ WŁASNY OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Wnioskodawca zobowiązany jest do pokrycia
minimum 20% kosztów realizacji zadania

*WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ



DODATKOWE 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*	

CEL LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH (uzasadnienie Wnioskodawcy)

Przewidywany termin rozpoczęcia zadania: po przyznaniu dofinansowania i podpisaniu Umowy z PCPR w Toruniu.

Przewidywany czas realizacji zadania: zostanie określony w w/w Umowie .

PRZEWIDYWANY CAŁKOWITY KOSZT REALIZACJI ZADANIA

- ZGODNIE Z ZAŁĄCZONYM KOSZTORYSEM WSTĘPNYM

Cyfrowo zł: _____

WYKAZ PLANOWANYCH PRZEDSIĘWZIĘĆ (INWESTYCJI, ZAKUPÓW) W CELU

LIKwidACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH (w kolejności od najważniejszego dla wnioskodawcy).

Informacja o ogólnej wartości nakładów dotychczas poniesionych przez wnioskodawcę na realizację zadania wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania (jeśli takie nakłady zostały poniesione): **Zostały poniesione * Nie zostały poniesione***

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).

- 1/ Oświadczam, że miesięczny dochód netto na 1 osobę w rodzinie, podany w niniejszym wniosku został obliczony zgodnie z przepisami art. 3 pkt. 1-3 ustawy o świadczeniach rodzinnych z dn. 28.11.2003 r. (Dz.U. 2020 poz. 111 ze zm.), tj. m.in. 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 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.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się niezwłocznie poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Toruniu w ciągu 14 dni.

Uwaga: Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.

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

* WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ

Do wniosku należy dołączyć:

- 1./ kopie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, oryginał orzeczenia do wglądu,
- 2./ kopie orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą, w przypadku takich osób,
- 3./ aktualne zaświadczenie lekarza specjalisty/POZ potwierdzające rodzaj niepełnosprawności (wszystkie dysfunkcje) ze wskazaniem jakemu celowi ma służyć likwidacja bariery,
- 4./ udokumentowaną podstawę prawną zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych, własność, umowa najmu lub zgoda właściciela budynku.
- 5./ oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkających wspólnie z Wnioskodawcą (netto średnia z 3 ostatnich miesięcy),
- 6./ zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy,
- 7./ kosztorys wstępny planowanej inwestycji wraz ze dwoma szkicami (przed i po likwidacji barier) sporządzone przez zarejestrowany podmiot gospodarczy upoważniony do wystawiania faktur.
- 8./ Kserokopia pełnomocnictwa lub dokumentu ustanawiającego opiekę prawną (jeśli dotyczy),
- 9./ Załącznik do wniosku 05 dla pełnomocnika / opiekuna prawnego.



Uzasadnienie dofinansowania /odmowy dofinansowania

podpis i pieczęć pracownika

Zgoda Dyrektora PCPR

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

3. Cel i podstawy przetwarzania Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia złożonego przez Pania/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 ciążących 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 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 podpisana/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**



Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
(PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIEM 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