

(Data wpływu i pieczęć MOPR)

NR SPRAWY: _____

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

I. Dane dotyczące Wnioskodawcy (osoba dorosła lub małoletnia) - proszę wypełniać czytelnie drukowanymi literami

NAZWISKO:	IMIĘ:	Imię ojca:
Data urodzenia: (d\m\r) ____ , ____ , ____	Miejsce urodzenia:	
Nr dowodu osobistego.: ____	Wydany przez:	
W dniu: ____ , ____ , ____	Data ważności dokumentu tożsamości: ____	
Stan cywilny:	PESEL: ____	Kod pocztowy: ____-____
Miejscowość:	Telefon/Fax:	
Adres:	E-mail:	
Nazwa banku		
Nr rachunku bankowego ____		

II. Dane dotyczące stanu zdrowia Wnioskodawcy

A. Stopień niepełnosprawności ⁽¹⁾

1. znaczny stopień niepełnosprawności lub całkowita niezdolność do pracy i niezdolność samodzielnej egzystencji lub I grupa inwalidzka	<input type="checkbox"/>
2. umiarkowany stopień niepełnosprawności lub całkowita niezdolność do pracy lub II grupa inwalidzka	<input type="checkbox"/>
3. lekki stopień niepełnosprawności lub częściowa niezdolność do pracy lub III grupa inwalidzka	<input type="checkbox"/>

B. Rodzaj niepełnosprawności ⁽¹⁾

1. schorzenia narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim	<input type="checkbox"/>
2. schorzenia narządów ruchu	<input type="checkbox"/>
3. schorzenia narządów wzroku	<input type="checkbox"/>
4. schorzenia narządów słuchu i mowy	<input type="checkbox"/>
5. schorzenia psychiczne i umysłowe	<input type="checkbox"/>
6. pozostałe wraz ze schorzeniami sprzężonymi	<input type="checkbox"/>

C. Naruszenie sprawności organizmu ⁽¹⁾

1. stałe (trwałe)	<input type="checkbox"/>	2. czasowe (okresowe)	<input type="checkbox"/>
-------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

(1) proszę wstawić X we właściwej rubryce

III. Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy ⁽¹⁾

1. osoba zatrudniona* lub prowadząca działalność gospodarczą*	<input type="checkbox"/>
2. osoba bezrobotna lub poszukująca pracy zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy	<input type="checkbox"/>
3. osoba pobierająca świadczenie emerytalne lub rentowe zainteresowana podjęciem pracy*	<input type="checkbox"/>
4. osoba nie zainteresowana podjęciem zatrudnienia	<input type="checkbox"/>
5. osoba w wieku od 18 do 24 r.ż., ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	<input type="checkbox"/>
6. dzieci i młodzież do lat 18	<input type="checkbox"/>

IV. Dane dotyczące źródła utrzymania Wnioskodawcy ⁽¹⁾

1. wynagrodzenie za pracę	<input type="checkbox"/>	6. świadczenie pielęgnacyjne	<input type="checkbox"/>	
2. przychody z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej	<input type="checkbox"/>	7. zasiłek dla bezrobotnych	<input type="checkbox"/>	
3. renta / emerytura	<input type="checkbox"/>	8. zasiłek przedemerytalny	<input type="checkbox"/>	
4. świadczenie z pomocy społecznej	<input type="checkbox"/>	9. zasiłek chorobowy	<input type="checkbox"/>	
5. zasiłek pielęgnacyjny	<input type="checkbox"/>	10. alimenty / inne	<input type="checkbox"/>	

V. Sytuacja mieszkaniowa w opinii Wnioskodawcy

A. Ocena warunków mieszkaniowych ⁽¹⁾

1. złe	<input type="checkbox"/>	3. dobre	<input type="checkbox"/>
2. przeciętne	<input type="checkbox"/>	4. bardzo dobre	<input type="checkbox"/>

B. Opis budynku i mieszkania

- dom jednorodzinny*, wielorodzinny prywatny*, wielorodzinny komunalny*, wielorodzinny spółdzielczy*
- budynek z windą* / bez windy* inne
- budynek parterowy*, piętrowy*, mieszkanie na(proszę podać kondygnację)
- przybliżony wiek budynku lub rok budowy.....
- opis mieszkania: pokoje.....(podać liczbę), z kuchnią*, bez kuchni*, z łazienką*, bez łazienki*, z wc*, bez wc*
- łazienka jest wyposażona w: wannę*, brodzik*, kabinę prysznicową*, umywalkę*
- w mieszkaniu jest: instalacja wody zimnej*, ciepłej*, kanalizacja*, centralne ogrzewanie*, prąd*, gaz*
- inne informacje o warunkach mieszkaniowych.....

.....

.....

C. Model prowadzonego gospodarstwa domowego ⁽¹⁾

1. gospodarstwo jednoosobowe	<input type="checkbox"/>
2. gospodarstwo dwuosobowe	<input type="checkbox"/>
3. gospodarstwo wieloosobowe	<input type="checkbox"/>

(1) proszę wstawić X we właściwej rubryce

* niepotrzebne skreślić

VI. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym wraz z Wnioskodawcą:

L p	Imię i nazwisko	Niepelnosprawność (tak/nie)	Pokrewieństwo	Wiek	Dochód miesięczny netto
1.	<u>Wnioskodawca:</u>		X		
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

VII. Oświadczenie Wnioskodawcy

/ wypełnia wnioskodawca, przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny /

Ja
imię i nazwisko

zam.

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego* oświadczam co następuje:
Przeciętny **miesięczny** dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych,
podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał
poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, w którym składany jest wniosek, wynosił
..... zł.

.....
(podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika)

VIII. Dotychczasowe korzystanie ze środków finansowych PFRON:

a) nie korzystałem / am				<input type="checkbox"/>
b) korzystałem / am				<input type="checkbox"/>
Cel (nazwa programu lub zadania w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Kwota przyznana (w zł.)	Stan rozliczenia (kwota do zwrotu)

IX. Cel i miejsce likwidacji barier (uzasadnienie wniosku) :

.....
.....
.....
.....

* Art. 233 § 1 KK – Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.

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

XI. Czy gospodarstwo domowe posiada łącze internetowe? ⁽²⁾

TAK - ☐ NIE - ☐

XII. Czy w gospodarstwie domowym funkcjonuje komputer? ⁽²⁾

☐ - NIE FUNKCJONUJE

☐ - STARSZY NIŻ 3 LETNI

☐ - NOWSZY NIŻ 3 LETNI

XIII. Przewidywany koszt realizacji zadania

XIV. Termin rozpoczęcia i przewidywany czas realizacji zadania ⁽³⁾

XV. Ogólna wartość nakładów dotychczas poniesionych przez Wnioskodawcę na powyższy cel
(do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku) wraz z podaniem dotychczasowych źródeł finansowania

XVI. Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i/ lub sponsora:

Deklarowany udział własny Wnioskodawcy i/lub sponsora ponad obowiązkowe 5%

XVII. Informacja o ewentualnym dofinansowaniu z innych źródeł, przeznaczonym na ten cel

XVIII. Łączna kwota wnioskowanego dofinansowania zł:

Cyframi:..... (słownie:.....zł)

Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.

Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych MOPR dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji złożonego wniosku, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 2019, poz. 1781)

Uprzedzona / y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2025, poz. 383 ze zm.) 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.

.....
(podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*,
opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

..... syn/ córka
imię (imiona) i nazwisko imię ojca
seria.....nr.....wydany w dniu.....przez.....
dowód osobisty
nr PESEL miejscowość
ulica województwo nr tel./ faxu (z nr kier.)
..... Ustanowiony opiekunem* /pełnomocnikiem*
(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn.....sygn. art.*/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza
.....z dn.....repet. nr)

(2) dotyczy osób ubiegających się o dofinansowanie zakupu sprzętu komputerowego

(3) wypełnić w przypadku barier architektonicznych * niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych.

1. Kopia ważnego orzeczenia o znacznym, umiarkowanym bądź lekkim stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego - **oryginał do wglądu;**
2. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą - **oryginał do wglądu (o ile dotyczy);**
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia;
4. Udokumentowana podstawa prawna zameldowania w lokalu, w którym ma nastąpić likwidacja barier architektonicznych (akt własności, umowa najmu) wraz ze zgodą administratora budynku na przeprowadzenie prac;
5. Zaświadczenie lub oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą;
6. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy;
7. Opinia lekarza specjalisty, psychologa lub pedagoga szkolnego, opinia z poradni pedagogiczno - psychologicznej (dotyczy likwidacji barier w komunikowaniu się);
8. Dowód osobisty— **do wglądu;**
9. Oferta cenowa wnioskowanego sprzętu (dotyczy likwidacji barier technicznych lub w komunikowaniu się);
10. Wstępny kosztorys wnioskowanego przedsięwzięcia sporządzony przez wykonawcę robót (dotyczy likwidacji barier architektonicznych).

**KLAUZULA INFORMACYJNA
O PRZETWARZANIU DANYCH**

1. Administratorem Pana/i danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Toruniu przy ul. Słowackiego 118a, adres korespondencyjny: ul. Słowackiego 114, tel. 56 650 85 65; 56 650 85 62.
 2. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych i realizacją Pana/i praw może się Pan/i kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych mailowo: iod-o@mopr.torun.pl, telefonicznie: 56 650 85 65 wew. 160 lub pisemnie na adres: ul. Słowackiego 114, 87-100 Toruń.
 3. Pana/i dane osobowe będą przetwarzane w celu udzielenia pomocy lub wsparcia na podstawie przepisów prawa:
 - ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 913 ze zm.);
 - ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1483 ze zm.);
- w związku art. 6 ust 1 lit c RODO.**
4. Podane dane będą przetwarzane w wersji papierowej, w Systemie Obsługi Wsparcia (SOW) oraz w systemie informatycznym TT-POMOC. Program TT POMOC posiada: homologację Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
 5. Podanie przez Pana/ią danych jest wymagane przepisem prawa.
Natomiast w przypadku pozyskiwania numeru telefonu i adresu mailowego podanie danych w celu otrzymywania informacji zwrotnej w ten sposób - ma charakter dobrowolny.
 6. W przypadku niepodania przez Pana/ią danych zostanie wydane zawiadomienie o pozostawieniu sprawy bez rozpoznania, o którą Pan/i wnioskuje.
 7. Pana/i dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami prawa i określony w Jednolitym Rzecзовym Wykazie Akt dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Toruniu wprowadzonym Zarządzeniem Nr 20/15 Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Toruniu z dnia 30 grudnia 2015 r. w sprawie wprowadzenia Instrukcji Kancelaryjnej, Jednolitego Rzecзовego Wykazu Akt dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Toruniu, Instrukcji o organizacji i zakresie działania składnicy akt w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Toruniu, następnie podlegać będą ocenie archiwalnej w zakresie zniszczenia lub dalszego okresu przechowywania.
 8. Podane dane osobowe mogą być udostępnione wyłącznie podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa oraz realizatorom projektów i usług realizujących zadania statutowe Ośrodka w ramach zlecenia zadań.
 9. Administrator nie przekazuje Pana/i danych poza teren Polski/Unii Europejskiej.
 10. Posiada Pan/i prawo do:
 - 1) dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,
 - 2) sprostowania (poprawiania) swoich danych,
 - 3) ograniczenia przetwarzania danych: ma Pan/i prawo żądać ograniczenia przetwarzania wyłącznie do przechowywania Pana/i danych osobowych w przypadku:
 - przekonania Pana/i, że posiadane przez nas dane są nieprawidłowe lub przetwarzane bezpodstawnie,
 - nie życzy Pan/i sobie aby dane zostały usunięte, gdyż będą Panu/i potrzebne do ustalenia, dochodzenia lub ochrony roszczeń.
 - 4) wniesienia skargi do organu nadzorczego,
 - 5) modyfikacji zgody jak również rezygnacji z otrzymywania informacji drogą telefoniczną i mailową (rezygnacji można dokonać składając pisemne oświadczenie).

Szczegółowych informacji jak złożyć żądanie związane z realizacją praw udziela Inspektor Ochrony Danych.

W celu złożenia żądania związanego z wykonaniem praw należy skierować wniosek na adres mailowy iodo@mopr.torun.pl lub udać się do siedziby w Toruniu, przy ul. Słowackiego 114.

Przed realizacją Pana/i uprawnień będziemy musieli potwierdzić Pana/i tożsamość (dokonać Pana/i identyfikacji).

.....
data i podpis Wnioskodawcy