

(Data wpływu i pieczątka 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)   ind2, ind2, ind4** | **Miejsce urodzenia:**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr dowodu osobistego.:   ind9** | **Wydany przez:**  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **W dniu: ind2, ind2, ind4** | **Data ważności dokumentu tożsamości: ind2ind2ind4** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Stan cywilny:** | **PESEL: ind11** | **Kod pocztowy:  ind2- ind3** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Miejscowość:** | **Telefon/Fax:**  |
| **Adres:** |  **E-mail:** |
| **Nazwa banku** **Nr rachunku bankowego   ind9ind9ind2ind2ind2ind2** |

**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  | **square** |
|   2.   umiarkowany stopień niepełnosprawności lub całkowita niezdolność do pracy lub II grupa inwalidzka | **square** |
|   3.   lekki stopień niepełnosprawności lub częściowa niezdolność do pracy lub III grupa inwalidzka | square |

 **B. Rodzaj niepełnosprawności** (1)

|  |  |
| --- | --- |
|   1.   schorzenia narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim  | **square** |
|   2.   schorzenia narządów ruchu  | **square** |
|   3.   schorzenia narządów wzroku  | **square** |
|   4.   schorzenia narządów słuchu i mowy  | **square** |
|   5.   schorzenia psychiczne i umysłowe  | **square** |
|   6.   pozostałe wraz ze schorzeniami sprzężonymi  | **square** |

 **C. Naruszenie sprawności organizmu** (1)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.  stałe (trwałe) | **square** | 2.   czasowe (okresowe) | **square** |

**(** 1 **)** proszę wstawić X we właściwej rubryce

**III. Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy** (1)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. osoba zatrudniona\* lub prowadząca działalność gospodarczą\* | **square** |
| 2 osoba bezrobotna lub poszukująca pracy zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy  | **square** |
| 3. osoba pobierająca świadczenie emerytalne lub rentowe zainteresowana podjęciem pracy\* | **square** |
| 4. osoba nie zainteresowana podjęciem zatrudnienia  | **square** |
| 5. osoba w wieku od 18 do 24 r.ż., ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca\* | **square** |
| 6. dzieci i młodzież do lat 18 | **square** |

**IV. Dane dotyczące źródła utrzymania Wnioskodawcy** (1)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  1. wynagrodzenie za pracę |  |   6. świadczenie pielęgnacyjne |  |
| 1. przychody z tytułu prowadzenia

 działalności gospodarczej  |  |  7. zasiłek dla bezrobotnych  |  |
|   3. renta / emerytura |  |  8.  zasiłek przedemerytalny |  |
| 1. świadczenie z pomocy społecznej
 |  |  9. zasiłek chorobowy |  |
|  5. zasiłek pielęgnacyjny |  |  10. alimenty / inne |  |

 |

**V. Sytuacja mieszkaniowa w opinii Wnioskodawcy**

 **A. Ocena warunków mieszkaniowych (1)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  1. złe  | square |   3.   dobre  | square |
|  2. przeciętne | square |   4.   bardzo dobre  | square |

 **B. Opis budynku i mieszkania**

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

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

 **C. Model prowadzonego gospodarstwa domowego (1)**

|  |  |
| --- | --- |
|  1. gospodarstwo jednoosobowe  | **square** |
|  2. gospodarstwo dwuosobowe  | **square** |
|  3. gospodarstwo wieloosobowe | **square** |

1. proszę wstawić X we właściwej rubryce

\* niepotrzebne skreślić

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Imię i nazwisko** | **Niepełnosprawność (tak/nie)** | Pokrewieństwo | **Wiek** | **Dochód miesięczny netto** |
| **1.** | **Wnioskodawca:** |    | **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 | square |
|  b) korzystałem / am | square |
| **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 dni 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2022, poz. 1138 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 ............................................)

1. 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;**

1. Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą - **oryginał do wglądu (o ile dotyczy);**
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia;
3. 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;
4. Zaświadczenie lub oświadczenie o dochodach Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą;
5. Zaświadczenie kierownika powiatowego urzędu pracy o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy;
6. Opinia lekarza specjalisty, psychologa lub pedagoga szkolnego, opinia z poradni pedagogiczno - psychologicznej (dotyczy likwidacji barier w komunikowaniu się);
7. Dowód osobisty— **do wglądu;**
8. Oferta cenowa wnioskowanego sprzętu ( dotyczy likwidacji barier technicznych lub w komunikowaniu się);
9. 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: iodo@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 2023 r. poz. 100 ze zm.);
• ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1270 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 Rzeczowym 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 Rzeczowego 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