

**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**
(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko
PESEL albo numer dokumentu tożsamości
Adres zamieszkania *
.....
Data urodzenia
Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE **

- a) o stopniu niepełnosprawności znacznym umiarkowanym lekkim
Numer orzeczenia:
- b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów I II III
- c) o całkowitej o częściowej niezdolności do pracy
 o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym o niezdolności do samodzielnej egzystencji
- d) o niepełnosprawności osoby do 16. roku życia

Korzystałem(am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON **
 TAK (podać rok) NIE

Jestem zatrudniony(a) w zakładzie pracy chronionej ** TAK NIE

Imię i nazwisko opiekuna
(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosiłzł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi.....

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia. ***

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwie zaznaczyć

***Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

Wypełnia PCPR

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),
opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko:.....
PESEL lub numer dokumentu tożsamości:
Adres zamieszkania:.....
.....
Numer telefonu:.....
Adres email:.....
Data urodzenia:
ustanowiony przedstawicielem * / opiekunem * / pełnomocnikiem * :
.....
postanowieniem Sądu:
.....
z dn. sygn.. Akt* :
/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza * :
.....
z dn. repet. nr

.....
data

.....
podpis
przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*
pełnomocnika*

Informacje uzupełniające do wniosku

DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu:
Adres e-mail:

.....
data

.....
podpis

* niepotrzebne skreślić

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji **

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
- TAK – uzasadnienie
-
-
-

UWAGI

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
** Właściwie zaznaczyć

OŚWIADCZENIA DO WNIOSKU
O DOFINANSOWANIE UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM

(w imieniu osób niepełnoletnich oświadczenie składa opiekun)

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych oświadczam, że:

- w roku bieżącym nie uzyskałam(em) dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON,
- nie będę pełnił(a) funkcji członka kadry na turnusie rehabilitacyjnym, o którego dofinansowanie ubiegam się niniejszym wnioskiem ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu,
- jest(em) osobą pracującą / niepracującą.* *(należy wypełnić w przypadku osób niepełnosprawnych w wieku od 16 do 24 lat)*

*niepotrzebne skreślić

**KLAUZULA INFORMACYJNA OBOWIĄZUJĄCA W POWIATOWYM CENTRUM POMOCY
RODZINIE W STRYZŹOWIE**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.5.2016r.), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzyżowie, mające swoją siedzibę przy ul. Parkowa 7, 38-100 Strzyżów (nr telefonu kontaktowego: (17) 22-11-440, fax. (17) 27-61-040, adres poczty elektronicznej email: pcpr@strzyzow.un.pl, Inspektor Ochrony Danych - iod@pcprstrzyzow.pl);
2. Pozyskane dane osobowe przetwarzane będą na podstawie przepisów prawa wynikającego z art. 6 ust.1 lit c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO – (tj. rozpatrywania wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym - na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz przepisów wykonawczych do ww. ustawy);
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (tj. realizacji zadań wynikających z zakresu działalności instytucji);
4. Podanie danych osobowych do spełnienia w/w celu jest wymagane, ponieważ wynika z przepisów prawa, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wszczęcia postępowania administracyjnego i realizacji ustawowych zadań ciążących na administratorze;
5. Pani/Pana dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, wynikające z przepisów prawa zawartych w Jednolitym Rzeczym Wykazie Akt obowiązującym w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Strzyżowie, przez okres wymagany w związku z kategorią archiwalną. Ponadto okres przechowywania może się wydłużyć np. z

uwagi na sytuację dochodzenia roszczeń;

6. Administrator może przekazać Pani/Pana dane innym odbiorcom. Odbiorcą danych mogą być podmioty uzyskujące dostęp do Pani/Pana danych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
7. Administrator nie przekazuje Pani/Pana danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych w rozumieniu RODO;
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, przenoszenia i usunięcia, a także prawo do ograniczenia przetwarzania danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, jeżeli nie jest to ograniczone poprzez inne przepisy prawne;
9. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj. *Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych*), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
10. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych jest dobrowolne, jednakże w przypadku nie udzielenia zgody na ich przetwarzanie nie będzie mogła/mógł Pani/Pan realizować swoich praw wynikających z trybu postępowania przy rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.

Oświadczam, że zrozumiałem(am) wszystkie informacje wyżej podane i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w treści niniejszego wniosku oraz w zakresie niezbędnych potrzeb wynikających z trybu postępowania przy rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.

.....
miejsowość, data

.....
podpis

Załączniki do wniosku

1. Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub kopia orzeczenia, lub kopia wypisu z treści orzeczenia traktowanego na równi z tym orzeczeniem albo kopia orzeczenia o niepełnosprawności,
2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny,
3. Oświadczenia do wniosku,
4. Oświadczenie osoby pełniącej funkcję opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym - wypełnia opiekun (o ile dotyczy),
5. Kserokopia dokumentu stanowiącego pełnomocnictwo lub opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, reprezentowanej przez opiekuna prawnego lub pełnomocnika,
Fakultatywnie:
 1. Zaświadczenie o pobieraniu nauki wydane przez placówkę w której osoba się kształci - dotyczy osób od 16 do 24 roku życia,

Ważne: jednostka udzielająca wsparcia ma możliwość wezwania do okazania oryginału dokumentu.