Nr wniosku PCPR.ON.4030. /

**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..................................................... Telefon: ......................................

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym....................................

POSIADANE ORZECZENIE\*\*

a) o stopniu niepełnosprawności znacznym umiarkowanym lekkim

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 rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił ..................................... zł.

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.

\*\* Właściwe zaznaczyć.

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

**ZAŁĄCZNIK – orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wypełnia PCPR

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

Data wpływu wniosku do PCPR Pieczęć PCPR i podpis pracownika

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**Oświadczam**, iż na turnusie rehabilitacyjnym nie będę pełnił/pełniła funkcji członka kadry oraz nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.

**Oświadczam** , że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/byłam stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

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

data i czytelny podpis wnioskodawcy

# .........................................................

# 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\*\*

dysfunkcja narządu ruchu dysf. narządu słuchu

osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

dysfunkcja narządu wzroku upośledzenie umysłowe choroba psychiczna padaczka

schorzenia układu krążenia inne (jakie?) ..........................

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

**Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

NIE

TAK – uzasadnienie: ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Uwagi:**

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

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

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

\*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\*właściwe zaznaczyć.

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

data podpis i pieczątka lekarza

**OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO/PEŁNOMOCNIKA WYSTĘPUJĄCEGO W IMIENIU OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Imię i nazwisko przedstawiciela Wnioskodawcy: ............................................

PESEL...........................................................................................................

Adres zamieszkania: .....................................................................................

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

nr telefonu kontaktowego …………………………………………………………………

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje przedstawiciel:

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

Prawdziwość danych podanych we wniosku o dofinansowanie i niniejszym oświadczeniu stwierdzam własnoręcznym podpisem.

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

………………………….. ...............................................

(data i miejscowość) (czytelny podpis opiekuna prawnego,

pełnomocnika, lub przedstawiciela ustawowego)

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art.13 ust. 1, 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. UE L z 2016 r. Nr 119, s.1) - dalej RODO, informujemy, że:

1. **Administratorem Pani/Pana danych osobowych** jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie   
   z siedzibą w Opolu przy ul. Książąt Opolskich 27 w 45 – 005 Opole tel. 77 4420504   
   Fax 774410505; e-mail: [**pcpropole@pcpropole.pl**](mailto:pcpropole@pcpropole.pl)**,** zwany dalej Administratorem.
2. **Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony danych Osobowych,** z którym można skontaktować się w sprawach związanych z ochroną swoich danych osobowych:   
   - adres poczty elektronicznej: e-mail: [krzysztofalex@o2.pl](mailto:krzysztofalex@o2.pl) lub pisemnie na adres naszej siedziby.
3. **Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu** realizacji przez Administratora zadań,   
   w szczególności w zakresie dofinansowanie ze środków PFRON, wynikających z przepisu prawa,   
   w tym przepisów szczegółowych określających zadania statutowe - **na podstawie**  ***art. 6 ust 1 e*** ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. – RODO.
4. **Odbiorcą Państwa danych będą:**

- organy uprawnione do dostępu do danych osobowych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

5. **Państwa osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.**

6. **Państwa dane osobowe będą przechowywane** przez okres niezbędny do realizacji celu dla jakiego zostały zebrane i przetwarzane. Mogą być usunięte po upływie okresu określonego dla danej kategorii dokumentacji okresu przechowywania, w zależności od kategorii archiwalnej danej sprawy, zgodnie z przepisami określonymi w ustawie z dnia 14 lipca 1983 r.   
o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2018 r., poz. 217) oraz w Rozporządzeniu 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. z 2011 r. Nr 14 poz.67).

7**.** **W związku z przetwarzaniem danych osobowych Pani/Pana lub innej osoby, której dotyczy** **dofinansowanie ze środków PFRON, przysługuje**  prawo dostępu do danych osobowych oraz prawo do sprostowania usunięcia (prawo do bycia zapomnianym), ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych do innego administratora, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.

W przypadku przetwarzania Pani/Pana danych na podstawie zgody, ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody w dowolnym momencie nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

1. **Mają Państwo prawo wniesienia skargi** do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
2. **Podanie przez Panią/Pana danych osobowych** **lub innej osoby której dotyczy dofinansowanie ze środków PFRON jest dobrowolne**, lecz niezbędne w celu realizacji zadań związanych   
   z dofinansowaniem ze środków PFRON.

W przypadku nie podania przez Panią/Pana swoich danych osobowych, nie będziemy mogli zrealizować celu zadania ustawowego, co może skutkować konsekwencjami przewidzianymi przepisami prawa.

10.**Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.**

**Zapoznałam/em się:**

…………………………………………….

(data, podpis osoby, której dane dotyczą)

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA**

**(dołączyć do wniosku tylko gdy występuje konieczność opieki osoby drugiej podczas pobytu na turnusie rehabilitacyjnym)**

Ja niżej podpisany/na: ............................................................................................................

(imię i nazwisko opiekuna)

zamieszkały:.............................................................................................................................

(adres zamieszkania)

Oświadczam, że na turnusie rehabilitacyjnym podejmę się opieki nad:

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

(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

oświadczam, że zgodnie z § 4 ust. 2 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 roku w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1694 z póżn. zm.):

1. nie będę pełnił funkcji członka kadry na wybranym przez wnioskodawcę turnusie,
2. nie jestem osobą niepełnosprawną, wymagającą opieki innej osoby,
3. ukończyłem 18 lat\* lub
4. ukończyłem 16 lat\* i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

………………………………….. ...................................

miejscowość i data czytelny podpis opiekuna