

**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.

ZALĄCZNIKI:

1. Kserokopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik.
2. Oryginał wniosku lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.
3. W przypadku osób uczących się w wieku 16-24 lat – zaświadczenie o kontynuowaniu nauki.

Wypełnia PCPR

.....
Data wpływu wniosku do PCPR

.....
Pieczęć PCPR i podpis pracownika

.....
Imię i Nazwisko

.....
miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

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.

Oświadczam, iż nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany za pośrednictwem innego Realizatora, na terenie innego samorządu powiatowego.

.....
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**

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
- TAK – uzasadnienie:
-
-
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
**właściwe zaznaczyć.

.....
data

.....
podpis i pieczęć lekarza

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

Imię i nazwisko:

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:

.....

Data urodzenia:

ustanowiony przedstawicielem*/opiekunem*/pełnomocnikiem*:

.....

postanowieniem Sądu Rejonowego:

.....

z dnia sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

.....

z dn. repet. nr

.....
data

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

* niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA

Ja niżej podpisany/na:

(imię i nazwisko opiekuna)

zamieszkały:.....

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 późn. zm.):

- a) nie będę pełnił funkcji członka kadry na wybranym przez wnioskodawcę turnusie,
- b) nie jestem osobą niepełnosprawną, wymagającą opieki innej osoby,
- c) ukończyłem 18 lat* lub
- d) ukończyłem 16 lat* i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

.....

miejsowość i data

.....

czytelny podpis opiekuna

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, 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 lub pisemnie na adres naszej siedziby.
3. **Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji przez Administratora zadań publicznych**, wynikających wprost 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 dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.**
6. **Państwa dane osobowe będą przechowywane** przez okres niezbędny do realizacji celu dla którego 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.
8. **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.
9. **Podanie przez Panią/Pana danych osobowych lub innej osoby, której dotyczy dofinansowanie ze środków PFRON jest dobrowolne**, lecz niezbędne w celu realizacji zadań wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa.
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)