

**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, 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.

** 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 **

dysfunkcja narządu ruchu

dysfunkcja 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

UWAGA !

Zgodnie z § 4. 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r w sprawie turnusów rehabilitacyjnych „Osobie niepełnosprawnej o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo równoważnym oraz osobie niepełnosprawnej w wieku do 16 lat może być przyznane dofinansowanie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym jej opiekuna, pod warunkiem że wniosek lekarza zawiera wyraźne wskazanie wraz z uzasadnieniem konieczności pobytu opiekuna.

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

OŚWIADCZENIE: Zostałem/łam poinformowany/a, że złożony przeze mnie wniosek o przyznanie dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym zostanie rozpatrzony po otrzymaniu z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych środków na rok 202.... i po zatwierdzeniu przez Radę Powiatu podziału środków na poszczególne zadania. Po rozpatrzeniu wniosku, a o decyzji tutaj. Urząd powiadomi mnie odrębnym pismem.

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 i art. 14 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), zwanego dalej w skrócie „RODO”, że

ADMINISTRATOR DANYCH; Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**, ul. Wierzbowa 1, 62-100 Wągrowiec reprezentowany przez Dyrektora, e-mail: sekretariatpcpr@pcprwagrowiec.pl, tel. 67 26 27 614

INSPEKTOR OCHRONY DANYCH

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych (**Paulina Rogalska**), z którym może się Pani/Pan skontaktować w sprawach związanych z ochroną danych osobowych, w następujący sposób:

- pod adresem poczty elektronicznej: iod@huspremium.pl
- pisemnie na adres siedziby Administratora.

PODSTAWA PRAWNA I CELE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

- realizacji zadań z zakresu rehabilitacji społecznej finansowane z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- Państwa dane będą przetwarzane na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573 z późn. zm.).

ODBIORCY DANYCH OSOBOWYCH

- Państwa dane będą przekazywane podmiotom świadczącym asystę i wsparcie techniczne dla systemów informatycznych i teleinformatycznych w których są przetwarzane Pani/Pana dane oraz kancelariom prawnym w razie wystąpienia roszczeń
- Państwa dane osobowe będą przekazywane **Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych** oraz podmiotom uprawnionym na mocy przepisów prawa.

OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH OSOBOWYCH

- Państwa dane osobowe będą przechowywane okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane lub w okresie wskazanym przepisami prawa oraz przechowywane w celach archiwalnych.

PRAWA OSÓB, KTÓRYCH DANE DOTYCZĄ, W TYM DOSTĘPU DO DANYCH OSOBOWYCH

Na zasadach określonych przepisami RODO, posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora:

- 1) dostępu do treści swoich danych osobowych;
- 2) sprostowania swoich danych osobowych;
- 3) usunięcia swoich danych osobowych;
- 4) ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych;
- 5) przenoszenia swoich danych osobowych,
- 6) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych na zasadach określonych w art. 21 RODO
- 7) prawo do cofnięcia zgody w przypadku gdy do przetwarzania danych osobowych konieczne jest wyrażenie zgody, Wycofanie zgody nie ma wpływu na przetwarzanie Państwa danych do momentu jej wycofania
- 8) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

INFORMACJA O WYMOGU/DOBROWOLNOŚCI PODANIA DANYCH ORAZ KONSEKWENCJACH NIE PODANIA DANYCH OSOBOWYCH

Podanie danych jest warunkiem zawarcia umowy / realizacji wniosku a nie podanie swoich danych, będzie oznaczało brak możliwości zawarcia umowy/ realizacji wniosku nie będziemy mogli zawrzeć lub wykonać takiej umowy.

PCPR może pozyskiwać Państwa dane od osób upoważnionych lub od PFRON

ZAUTOMATYZOWANE PODEJMOWANIE DECYZJI, PROFILOWANI; Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

PRZEKAZYWANIE DO PAŃSTW TRZECICH; Administrator nie będzie przekazywał Państwa danych do państw trzecich oraz organizacji międzynarodowych.

MIEJSCOWOŚĆ: **DNIA:** **PODPIS:**

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW:

1. kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub jego odpowiednik;
2. wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny;
3. klauzula RODO / oświadczenie.