

**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 niezdolności do pracy
 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

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

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

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

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

**** Art.233 § 1 Kodeksu Karnego „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

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

OŚWIADCZENIE dotyczące osoby niepełnosprawnej

1. Oświadczam, że zostałem(am) skierowany na turnus rehabilitacyjny na wniosek lekarza, pod którego opieką się znajduje.
2. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłem(am), w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Oświadczam, że w roku w którym ubiegam się o dofinansowanie, nie uzyskałem(łam) na ten cel dofinansowania ze środków Funduszu.
4. Oświadczam, że wezmę udział w turnusie, który odbędzie się w ośrodku wpisanym do rejestru ośrodków, prowadzonego przez wojewodę, albo poza takim ośrodkiem, w przypadku gdy turnus jest organizowany w formie niestacjonarnej.
5. Oświadczam, że wybiorę organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusów.
6. Oświadczam, że będę uczestniczył(a) w zajęciach przewidzianych w programie turnusu.
7. Oświadczam, że nie będę pełnił(a) funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.
8. W przypadku podania danych innych niż własne zobowiązuję się do poinformowania osoby, której dane osobowe udostępniam, iż administratorem jej danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Augustowie, ul. Młyńska 52, 16-300 Augustów.
9. Oświadczam, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, wyrażam zgodę na poinformowanie organizatora turnusu o kwocie przyznanego dofinansowania oraz danych zawartych w informacji o wyborze turnusu rehabilitacyjnego.
10. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, zobowiązuję się poinformować w formie pisemnej w ciągu 14 dni.
11. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych.*

.....
data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela
ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadania w ramach niniejszego wniosku, w zakresie:

- numeru telefonu:
- adresu do korespondencji (*wypełnić wyłącznie w przypadku kiedy jest inny niż adres zamieszkania*):
- danych zawartych w kwestionariuszu osobowym dotyczącym sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej
- zaświadczenia o kontynuowaniu nauki (*dot. osoby niepełnosprawnej w wieku od 16 do 24 roku życia uczącej się i niepracującej*)
- inne (jakie?):

.....
data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela
ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika

* **Art.233 § 1 Kodeksu Karnego** „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

**SYTUACJA SPOŁECZNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ I JEJ
POTRZEBY W ZAKRESIE ROZWIJANIA UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH**

(właściwe zaznaczyć przez zakreślenie pola znakiem „X”)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL

1. Opis sytuacji społecznej

a) zaspokojenie codziennych potrzeb życiowych i społecznych:

samodzielnie z częściową pomocą osób drugih wyłącznie przy pomocy osób drugih

b) potrzebuje pomocy:

przy samoobsłudze, w zakresie poruszania się w zakresie komunikowania się

w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego

Dodatkowe informacje:

.....
.....

c) utrzymuję kontakty ze środowiskiem, innymi osobami:

TAK NIE

Jeżeli nie, to dlaczego

d) zaspokojenie codziennych potrzeb życiowych i społecznych:

TAK NIE

e) jestem członkiem stowarzyszenia / organizacji?

TAK NIE

f) jestem pensjonariuszem Domu Pomocy Społecznej

TAK NIE

g) jestem uczestnikiem warsztatu Terapii Zajęciowej/
Środowiskowego Domu Samopomocy

TAK NIE

2. Oczekiwane efekty związane z uczestnictwem w turnusie rehabilitacyjnym:

a) pobudzanie aktywności społecznej, przywracanie utraconych
zdolności do pełnienia ról społecznych, wyjście z izolacji

TAK NIE

b) poprawa samoobsługi, wyrabianie zaradności osobistej

TAK NIE

c) nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych

TAK NIE

d) wdrażanie do korzystania z dóbr kultury, rozwijanie zainteresowań

TAK NIE

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis

WYPEŁNIA PCPR

Zapoznano się ze złożoną dokumentacją oraz sytuacją społeczną wnioskodawcy i jego potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych

.....
Pracownik socjalny

Klauzula Informacyjna

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Augustowie, ul. Młyńska 52, 16-300 Augustów, tel. 87 643 20 71, e-mail: pcpr@st.augustow.wrotapodlasia.pl.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem pod adresem poczty elektronicznej: iod_pcpr@st.augustow.wrotapodlasia.pl.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie 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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:

- Nie
- Tak - uzasadnienie
-
-
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

UWAGA !

Zgodnie z § 4 ust. 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.**