

Data wpływu:
Nr wniosku SOW:
RON.700. 2022.ASB

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

Imię i nazwisko
PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....
Adres zamieszkania*.....
.....
Data urodzenia.....Telefon.....
E-mail

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 niezdolności do pracy ☐ częściowej niezdolności do pracy
☐ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ o niezdolności do samodzielnej egzystencji
- d) ☐ o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia
- Orzeczenie ma charakter**: ☐ trwały ☐ okresowy do dnia.....

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
Osoba ucząca się nie pracująca ** ☐ Tak ☐ Nie

Imię i nazwisko opiekuna.....
(wypełnić, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

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...../jestem osobą samotną**
Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, 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

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:
.....
Data urodzenia:
ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:
.....
postanowieniem Sądu Rejonowego:
.....
z dn. sygn. Akt*:
/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:
.....
z dn. repet. nr

.....
data

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

*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 | ☐ upośledzenie umysłowe |
| ☐ dysfunkcja narządu wzroku | ☐ padaczka |
| ☐ choroba psychiczna | ☐ inne (jakie?)..... |
| ☐ schorzenia układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**:

- ☐ Nie
- ☐ Tak- uzasadnienie.....
.....
.....
.....
.....

UWAGI:

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** właściwe zaznaczyć

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej w jej imieniu rodzice, bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania*.....

Rodzaj turnusu.....

termin turnusu: od.....do.....

Dane organizatora turnusu:

Nazwa i adres (z kodem pocztowym).....

.....

.....

Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus:

Nazwa i adres (z kodem pocztowy).....

.....

Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu



KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 (Dz. Urz. UE L 2016, Nr 119, s. 1 ze zm.) zwanego dalej RODO – informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Szczecinku.
- 2) w sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych może się Pani/Pan kontaktować również z wyznaczonym przez nas Inspektorem ochrony danych kierując korespondencję na adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z dopiskiem Inspektor Ochrony Danych lub na adres e-mail: iod@powiat.szczecinek.pl;
- 3) Pani/Pana dane osobowe będziemy przetwarzać na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c, d, f oraz art. 9 ust 2 lit. b, g, j RODO, w celu rozpatrzenia Pani/Pana wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, a także przekazania oraz rozliczenia przyznanego dofinansowania, w związku z art. 35a pkt 7 ust. a, ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2021r., poz. 573 ze zm.) oraz z przepisami rozdziału 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (t.j. Dz. U. z 2007 r. Nr 230 poz. 1694 ze zm.); podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych będzie również art. 6 ust. 1 lit. a RODO tzn. wyrażona przez Panią/Pana zgoda na przetwarzanie danych osobowych, których podanie jest dobrowolne i nie wynika z wymogów prawa, cel przetwarzania tych danych osobowych będzie wskazywany każdorazowo w czasie uzyskiwania Pani/Pana zgody*;
- 4) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą organizator turnusu oraz operator pocztowy, w zakresie niezbędnym do doręczania korespondencji;
- 5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane, zgonie z jednolitym rzeczowym wykazem akt przez okres 5 lat liczony w pełnych lata kalendarzowych począwszy od dnia 1 stycznia roku następnego od daty zakończenia sprawy, lub wymagany na podstawie ww. ustaw,
- 7) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, oraz w uzasadnionych przypadkach prawo do żądania ograniczenia przetwarzania; w odniesieniu do danych osobowych przetwarzanych na podstawie zgody przysługuje Pani/Panu prawo do żądania usunięcia danych* oraz prawo do przenoszenia danych**
- 8) Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane w procesie zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania;
- 9) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy rozporządzenia RODO;
- 10) Podanie danych osobowych jest obowiązkiem wynikającym z przepisów § 5 ww. rozporządzenia, a odmowa ich podania będzie skutkowałą brakiem możliwości rozpatrzenia Pani/Pana wniosku.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Informujemy, że poniższa zgoda może być w dowolnym momencie wycofana przez osobę, która jej udzieliła. Wycofanie zgody, nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Oświadczenie o wycofaniu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej na podany wyżej adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku.

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci:
☐ numeru telefonu..... ☐ e-mail

przez administratora danych, którym jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Szczecinku, ul. Wiatraczna 1, 78 - 400 Szczecinek w celu ułatwienia kontaktu podczas prowadzenia postępowania w sprawie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.

1. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
2. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawach przysługujących mi w związku z przetwarzaniem moich danych.

.....
Data i czytelny podpis

OŚWIADCZENIE
opiekuna osoby niepełnosprawnej
dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

Imię i nazwisko:

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej
zobowiązuję się do sprawowania nad nią ciągłej opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego.
Oświadczam, że jest mi wiadomym, że dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego dla osób
niepełnosprawnych przysługuje jeden raz w roku.
Oświadczam, że nie będę jednocześnie pełnić funkcji członka kadry na turnusie, oraz, że nie jestem
osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.

.....
/data - dzień, miesiąc, rok/

.....
/czytelny podpis opiekuna/

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Informujemy, że poniższa zgoda może być w dowolnym momencie wycofana przez osobę, która jej udzieliła. Wycofanie zgody, nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Oświadczenie o wycofaniu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej na podany wyżej adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku.

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci:

☐ numeru telefonu.....

☐ e-miał

przez administratora danych, którym jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Szczecinku, ul. Wiatraczna 1, 78-400 Szczecinek w celu ułatwienia kontaktu podczas prowadzenia postępowania w sprawie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.

2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawach przysługujących mi w związku z przetwarzaniem moich danych.

.....
/data - dzień, miesiąc, rok/

.....
/czytelny podpis opiekuna/

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Wiatraczna 1
78-400 Szczecinek
Tel 947137112