

**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:

Nr tel.:, e-mail:

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 grupa II grupa III grupa;

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;

e) o niepełnosprawności osoby od 16 do 24 roku życia, uczącej się i niepracującej.

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*)

* 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: **

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:

- NIE
- TAK – uzasadnienie

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

UWAGI

.....

.....
(data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
** Właściwie zaznaczyć

Załącznik nr 2 do wniosku – Turnusy rehabilitacyjne – Oświadczenia i RODO

Oświadczam, że:

- powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych¹;
- o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować PCPR w ciągu 14 dni;
- nie ubiegam, nie ubiegałam/ubiegałem się o dofinansowanie ze środków PFRON na cel, którego dotyczy niniejszy wniosek za pośrednictwem innego samorządu powiatowego;
- nie posiadam zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON;
- warunki zawartych z PFRON umów, w ciągu 3 lat poprzedzających złożenie wniosku, zostały dotrzymane (jeżeli zawierane były jakieś umowy).

KLAUZULA INFORMACYJNA POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W ZAKOPANEM

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest udzielona dobrowolnie na podstawie art. 6 ust. 1 lit c) oraz art. 9 ust. 2 lit. b) 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, dalej RODO).

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem, przy ul. Heleny Modrzejewskiej 5 moich danych osobowych w postaci: imienia i nazwiska, nr PESEL, daty urodzenia, płci, adresu zamieszkania, numeru telefonu, adresu e-mail, informacji zdrowotnych dotyczących mojej niepełnosprawności oraz danych dotyczących dochodów finansowych.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych są:

- a) PFRON z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych powołanego w PFRON – iod@pfron.org.pl,
- b) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem przy ul. Heleny Modrzejewskiej 5, 34-500 Zakopane, reprezentowane przez Dyrektora Renatę Zielińską,
- c) Centrum Usług Wspólnych w Zakopanem przy ul. Chramcówki 15, 34-500 Zakopane.

2. **W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem został powołany Inspektor Ochrony Danych z którym można kontaktować się telefonicznie: 799 186 893 oraz mailowo: randal999@wp.pl.**

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań urzędu z zakresu rehabilitacji społecznej.

4. W związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do:

- dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępniane dane osobowe nie mogą ujawniać informacji niejawnych, ani naruszać tajemnic prawnie chronionych, do których zachowania zobowiązane jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem;
- sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO;
- ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO.

5. Administrator danych osobowych może je przekazać upoważnionym podmiotom na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

6. Dane nie będą przekazywane odbiorcy w państwie trzecim ani też organizacji międzynarodowej, nie będą również podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

7. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny, wynikający z przepisów prawa.

8. W przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

9. Podanie danych osobowych jest dobrowolne i niezbędne do założenia konta w Systemie SOW. Odmowa podania ww. danych uniemożliwi złożenie wniosku i jego rozpatrzenie.

Potwierdzam iż zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 oraz zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 w/w Rozporządzenia i przyjąłem/am do wiadomości.

Data:

.....
(podpis Wnioskodawcy/Pełnomocnika/Opiekuna Prawnego)

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

Załącznik nr 3 do wniosku – Turnusy rehabilitacyjne – Oświadczenie o terminie rozpatrzenia wniosku

dn.:.....,
(miejscowość)

.....
(Imię i Nazwisko)

.....
(ulica i nr domu)

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

OŚWIADCZENIE o terminie rozpatrzenia wniosku

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), iż mój wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON w zadaniu p.n. „Dofinansowanie Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym w 2024 roku”,

zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na 2024 rok oraz po ich podziale przez Radę Powiatu Tatrzańskiego w terminie do dnia **30 czerwca 2024 r.**

.....
(podpis Wnioskodawcy/Pełnomocnika/Opiekuna Prawnego)