

**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:
numer telefonu:, adres mailowy:
Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym od.....– do

POSIADANE ORZECZENIE ** Numer orzeczenia:

a) o stopniu niepełnosprawności:

- Znaczny
- Umiarkowany
- Lekki
- Nie dotyczy

b) o niepełnosprawności:

osoby do 16. roku życia Tak Nie

c) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów

- I grupa
- II grupa
- III grupa
- Nie dotyczy

d)

- Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji
- Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny
- Osoby całkowicie niezdolne do pracy
- Osoby częściowo niezdolne do pracy
- Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym
- Nie dotyczy

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 pesel.....

(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)

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:

Wnioskodawca składa wniosek:	<input type="checkbox"/> Jako rodzic <input type="checkbox"/> Jako opiekun prawny <input type="checkbox"/> Jako przedstawiciel ustawowy (z wyjątkiem rodzica/opiekuna prawnego) <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa poświadczzonego notarialnie <input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa niepoświadczzonego notarialnie
Postanowieniem Sądu:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	
Imię i nazwisko notariusza:	
Repertorium nr:	
Zakres pełnomocnictwa:	<input type="checkbox"/> pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie <input type="checkbox"/> do rozliczenia dofinansowania <input type="checkbox"/> do zawarcia umowy <input type="checkbox"/> do udzielania dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku <input type="checkbox"/> do złożenia wniosku <input type="checkbox"/> inne

.....
(data i podpis)

.....
(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"/> schorzenie układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym:**

- NIE**
 TAK – uzasadnienie

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

Uwagi:

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

Pacjent zobowiązuje się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia, jeżeli program będzie przewidywał zabiegi fizjoterapeutyczne.

*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

**Właściwie zaznaczyć

.....
(data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych – klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 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, Dz.U.UE.L.2016.119.1) informuję, że:

1. Administratorem Pani/a danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ulicy Podchorążych 15, 58-508 Jelenia Góra reprezentowane przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Jeleniej Górze – Ewelinę Wójcik.
 2. We wszelkich sprawach związanych z Pani/a danymi osobowymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych – Panem dr. Adamem Harężą, za pośrednictwem poczty elektronicznej na poniższy adres e-mail: pcpr@pcpr.jgora.pl lub pisemnie na adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Podchorążych 15, 58-508 Jelenia Góra.
 3. Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu:
 - A) realizacji obowiązków prawnych wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2021 poz. 573, z późn. zm.) oraz aktach wykonawczych do tej ustawy, zgodnie z art. 6 ust.1 lit. c, e RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO,
 - B) wykonywania innych obowiązków prawnych w zakresie archiwizowania danych zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO.
 4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą upoważnieni pracownicy Administratora oraz podmioty na podstawie przepisów prawa w celu prawidłowej realizacji usług.
 5. Dane osobowe Pani/Pana nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy lub organizacji międzynarodowej.
 6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane według obowiązującej instrukcji kancelaryjnej oraz Jednolitego Rzeczonego Wykazu Akt obowiązujących u Administratora.
 7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu, usunięcia oraz przenoszenia danych. Jeśli podstawę przetwarzania stanowi zgoda, posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
 8. W celu uzyskania kopii danych proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych.
 9. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy Rozporządzenia.
 10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pani/Pan zobowiązana/zobowiązany do ich podania, a nie podanie danych osobowych w wymaganym zakresie będzie skutkowało pozostawieniem sprawy bez rozpatrzenia.
- Przyjmowanie i rozpatrywanie przez Centrum wniosków o dofinansowanie odbywa się na bieżąco do czasu wyczerpania limitu środków na bieżący rok.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

Zostałam/em poinformowana/y, iż złożony przez mnie wniosek został przyjęty i zarejestrowany, natomiast rozpatrzony będzie po otrzymaniu środków finansowych PFRON.

..... (data i podpis)