

**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

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.

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

Klauzula RODO

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 powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.
Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

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. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

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

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 pełnoprawnego*
pełnomocnika*)

Informacje uzupełniające do wniosku
DANE KONTAKTOWE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Numer telefonu.....

Adres E-mail.....

SYTUACJA ZAWODOWA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

☐aktywny zawodowo ☐nieaktywny zawodowo

.....
(data) (podpis)

* niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Zapoznałam/em się z **procedurami przyznawania dofinansowania ze środków z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych** i je akceptuję, a w szczególności zobowiązuję się do wykorzystania przyznanego dofinansowania zgodnie z przeznaczeniem, pod rygorem zwrotu środków, jak za świadczenia nienależnie pobrane oraz zostałam/am poinformowany/a, że:

1) Administratorem przekazanych danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie, ul. Skarbowa 1, 73-110 Stargard;

2) Administrator wyznaczył Inspektora ochrony danych, z którym można kontaktować się pisząc na adres Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie, ul. Skarbowa 1, 73-110 Stargard, z dopiskiem „Inspektor Ochrony Danych”

lub e-mailowo: pcpr@pcprstargard.pl;

3) Administrator danych przetwarza dane osobowe w celu realizacji złożonego wniosku i obowiązków wynikających

z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób

niepełnosprawnych. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c 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);

4) Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania.

W przypadku braku wymaganych danych osobowych nie zrealizujemy wniosku/podania;

5) Dane osobowe przetwarzane będą przez okres niezbędny do realizacji celu wskazanego w pkt 3 a następnie przechowywane do celów archiwalnych zgodnie z przyjętą u Administratora Instrukcją Kancelaryjną i Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt;

6) Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, posiadają prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia (jeśli pozwala na to przepis prawa), ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania (jeśli jest ku temu podstawa), a także prawo do przenoszenia danych (przenoszenie danych jest możliwe jeśli administrator dysponuje odpowiednimi warunkami technicznymi);

7) Osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa;

8) Dane osobowe, które są przetwarzane w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

9) Dane nie będą przekazywane do państw trzecich.

10) Zgodnie z art. 10 Kodeksu postępowania administracyjnego mogą brać czynny udział w każdym stadium postępowania administracyjnego, a przed wydaniem decyzji wypowiedzieć się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

(miejscowość, data)

(czytelny podpis wnioskodawcy)

(miejscowość, data)

(podpis przyjmującego oświadczenia)

ZALĄCZNIKI DO WNIOSKU:

*kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ UCZESTNICZĄCEGO W TURNUSIE REHABILITACYJNYM

Ja niżej podpisany/a.....

Oświadczam, że pełniąc funkcje opiekuna osoby niepełnosprawnej

..... na turnusie rehabilitacyjnym

(imię i nazwisko)

- 1) nie będę pełniła funkcji członka kadry na tym turnusie,
- 2) nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- 3) ukończyłem/am 18 lat lub
- 4) ukończyłem/am 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby z niepełnosprawnością.

(miejscowość, data)

(czytelny podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Zapoznałam/em się z **procedurami przyznawania dofinansowania ze środków z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych** i je akceptuję, a w szczególności zobowiązuję się do wykorzystania przyznanego dofinansowania zgodnie z przeznaczeniem, pod rygorem zwrotu środków, jak za świadczenia nienależnie pobrane oraz zostałam/am poinformowany/a, że:

- 1) Administratorem przekazanych danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie, ul. Skarbowa 1, 73-110 Stargard;
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora ochrony danych, z którym można kontaktować się pisząc na adres Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie, ul. Skarbowa 1, 73-110 Stargard, z dopiskiem „Inspektor Ochrony Danych” lub e-mailowo: pcpr@pcprstargard.pl;
- 3) Administrator danych przetwarza dane osobowe w celu realizacji złożonego wniosku i obowiązków wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c 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);
- 4) Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania. W przypadku braku wymaganych danych osobowych nie zrealizujemy wniosku/podania;
- 5) Dane osobowe przetwarzane będą przez okres niezbędny do realizacji celu wskazanego w pkt 3 a następnie przechowywane do celów archiwalnych zgodnie z przyjętą u Administratora Instrukcją Kancelaryjną i Jednolitym Rzecзовym Wykazem Akt;
- 6) Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, posiadają prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia (jeśli pozwala na to przepis prawa), ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania (jeśli jest ku temu podstawa), a także prawo do przenoszenia danych (przenoszenie danych jest możliwe jeśli administrator dysponuje odpowiednimi warunkami technicznymi);
- 7) Osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa;
- 8) Dane osobowe, które są przetwarzane w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
- 9) Dane nie będą przekazywane do państw trzecich.
- 10) Zgodnie z art. 10 Kodeksu postępowania administracyjnego mogą brać czynny udział w każdym stadium postępowania administracyjnego, a przed wydaniem decyzji wypowiedzieć się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

(miejscowość, data)

(czytelny podpis wnioskodawcy)

(miejscowość, data)

(podpis przyjmującego oświadczenia)

.....
pieczętka 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

☐ choroba psychiczna

☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

☐ padaczka

☐ dysfunkcja narządu słuchu

☐ schorzenie układu krążenia

☐ dysfunkcja narządu wzroku

☐ inne (jakie?)

☐ upośledzenie umysłowe

.....

KONIECZNOŚĆ POBYTU OPIEKUNA NA TURNUSIE:

☐ NIE

☐ TAK – uzasadnienie

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

UWAGI:

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

.....
(data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć