

**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 dowodu tożsamości

Adres zamieszkania*

Data urodzenia.....

Numer telefonu

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE (wstawić „X” we właściwej kratce):

a) o stopniu niepełnosprawności ☐ Znacznym ☐ Umiarkowanym ☐ Lekkim

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

Posiadam zaświadczenie lekarskie wystawione zgodnie z ustawą z dnia 4 listopada 2016r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2019 poz. 473 z późn. zm.) ☐ Tak ☐ 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.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/ danych osobowych mojego podopiecznego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oławie z siedzibą w Oławie przy ul. 3 Maja 1, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO), w celu realizacji czynności związanych z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków PFRON do zadania wynikającego z art. 35 a ust. 1 pkt 7 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r. (Dz.U. z 2020r. poz. 426 z późn. zm.).

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/na o możliwości wycofania tej zgody w dowolnym momencie, jak również o tym, że od tej zgody nie jest uzależnione świadczenie usług ani wykonanie umowy.

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

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

Do wniosku należy dołączyć aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik a w przypadku dzieci do 16 roku orzeczenie o niepełnosprawności - kopia (oryginał do wglądu) oraz kopie zaświadczenia „Za życiem” – w przypadku jego posiadania

Wypełnia PCPR

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

OŚWIADCZENIE

W związku ze złożoną dokumentacją wnioskodawcy Pani/Pana/podopiecznego*

.....
(imię i nazwisko uczestnika turnusu rehabilitacyjnego)
dot. wniosku o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,

Oświadczam, że:

1. Nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowy - za pośrednictwem innego realizatora na terenie innego samorządu powiatowego.
2. Informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania i realizacji.

3. Uczestnik na turnusie rehabilitacyjnym jest: **

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| a) uczniem | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| b) osobą w wieku do 16 lat | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| c) osobą w wieku do 24 lat uczącą się i niepracującą bez względu na stopień niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |

4. Opiekun na turnusie rehabilitacyjnym: ***

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| a) nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie, | | |
| b) nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby, | | |
| c) ukończył 18 lat <u>lub</u> ** | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| d) ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej. ** | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |

O zaistniałych zmianach po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oławie w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/ danych osobowych mojego podopiecznego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oławie z siedzibą w Oławie przy ul. 3 Maja 1, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO), w celu realizacji czynności związanych z ubieganiem się o dofinansowanie ze środków PFRON do zadania wynikającego z art. 35 a ust. 1 pkt 7 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r. (Dz.U. z 2020 r. poz. 426 z późn. zm.).

.....
(data)

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy*/ Opiekuna prawnego*
Przedstawiciela ustawowego*/ Pełnomocnika*

Uwaga:

- 1) W przypadku osoby niepełnosprawnej, którą reprezentuje opiekun prawny, należy przedłożyć kopię postanowienia sądu - oryginał do wglądu.
- 2) W przypadku osoby niepełnosprawnej, którą reprezentuje pełnomocnik, należy przedłożyć kopię pełnomocnictwa (druk dostępny w PCPR Oława) - oryginał.

* niepotrzebne skreślić

** właściwe zaznaczyć [X]

*** jeśli dotyczy (w przypadku dofinansowania pobytu opiekuna dla osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym)

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

.....
(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

☐ osoba poruszająca się na wózku
inwalidzkim

☐ dysfunkcja narządu wzroku

☐ choroba psychiczna

☐ schorzenie układu krążenia

☐ dysfunkcja narządu słuchu

☐ upośledzenie umysłowe

☐ padaczka

☐ inne (jakie?)

.....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

☐ Nie

☐ Tak – uzasadnienie.....

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

Uwagi:

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

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Klauzula informacyjna dla osoby, której dane dotyczą

Zgodnie z art. 13 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) w Oławie z siedzibą w Oławie, przy ul. Kutrowskiego 31 A oraz Państwowy Fundusz Osób Niepełnosprawnych (PFRON).
2. Inspektorem ochrony danych PCPR w Oławie jest Pani Katarzyna Bala-Antczak. W razie jakichkolwiek wątpliwości związanych z przetwarzaniem dotyczących Pani/Pana danych, kontakt z Inspektorem jest możliwy pod adresem: biuro@abi-kancelaria.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia złożonego wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON, na podstawie art. 6 ust 1 lit. b, c RODO z dnia 27 kwietnia 2016 r. nr 629/2016.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą pracownicy PCPR w Oławie odpowiedzialni za przydzielone zadanie, PFRON a także mogą być upoważnione podmioty na podstawie przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez PCPR w Oławie w okresie wskazanym w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt.
6. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
7. Jeśli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym i warunkiem przyznania dofinansowania. W razie niepodania danych osobowych Pani/Pana wnioszek o dofinansowanie pozostanie bez rozpatrzenia.
9. Pani/Pana dane będą także przetwarzane w sposób zautomatyzowany w programie wspomagającym sprawozdawczość pn. TYLDA.

Zgodnie z art. 21 ust. 4 RODO informuję, iż przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania dotyczących Pani/Panu danych osobowych. Sprzeciw należy złożyć inspektorowi ochrony danych, którego dane kontaktowe wskazane są w pkt 2. Zgodnie z art. 21 ust. 1 RODO, składając sprzeciw, należy wskazać jego przyczyny związane z Pani/Pana szczególną sytuacją.

OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM SIĘ Z OBOWIĄZKIEM INFORMACYJNYM

.....
Data

.....
podpis czytelny