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
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
..... 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.
** 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: .....

.....

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)*

Informacje uzupełniające do wniosku

DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu: .....

Adres e-mail: .....

....

(data) *(podpis)*

---

* 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

☐ 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.*
*** Właściwe zaznaczyć.*

…… (*data*)

…… *(pieczątka i podpis lekarza)*

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA

(Uwaga: wypełnia opiekun, jeżeli lekarz we wniosku o skierowanie na turnus rehabilitacyjny uznał konieczność pobytu opiekuna na turnusie)

DANE OPIEKUNA	
Imię:	
Nazwisko:	
Adres:	
Nr telefonu:	

OŚWIADCZENIE

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawidłowych danych (art. 233 KK) oświadczam, że podejmuję się opieki na turnusie rehabilitacyjnym (kogo):

Imię i nazwisko: (osoby niepełnosprawnej będącej uczestnikiem turnusu rehabilitacyjnego)	

Jednocześnie oświadczam, że:

- na tym turnusie nie będę pełnił(a) funkcji członka kadry,
- nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- ukończyłem(am) 18 lat lub
- ukończyłem(am) 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

Miejscowość	Data	Podpis Opiekuna

Oświadczam że 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.

……. ……
Data podpis czytelny

Klauzula informacyjna dla osoby, której dane dotyczą

Zgodnie z art. 13 ust. 1 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, zwanym dalej RODO, informuję, iż:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) w Oławie z siedzibą w Oławie, przy ul. Kutrowskiego 31A oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).
2. Inspektorem ochrony danych PCPR w Oławie jest Pani Katarzyna Bala-Antczak. W razie jakichkolwiek wątpliwości związanych z przetwarzaniem dotyczących Państwa danych, kontakt z Inspektorem jest możliwy pod adresem: biuro@abi-kancelaria.pl.
3. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia złożonego wniosku o dofinasowanie ze środków PFRON, na podstawie art. 6 ust 1 lit. b, lit. f oraz art. 9 ust. 2 lit. g, lit. f RODO z dnia 27 kwietnia 2016 r.
4. Odbiorcami Państwa danych osobowych będą pracownicy PCPR w Oławie odpowiedzialni za przydzielone zadanie, PFRON a także podmioty do tego upoważnione na podstawie przepisów prawa.
5. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez PCPR w Oławie w okresie wskazanym w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt.
6. Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
7. Jeśli uznają Państwo, iż przetwarzanie danych osobowych Państwa dotyczących narusza przepisy RODO, przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie przez Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym i warunkiem przyznania dofinasowania. Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z art. 6 ust 1 lit f) RODO w związku z Ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. W razie niepodania danych osobowych Państwa wniosek o dofinasowanie pozostanie bez rozpatrzenia.
9. Państwa dane będą także przetwarzane w sposób zautomatyzowany w systemie wspomagającym sprawozdawczość pn. System Obsługi Wsparcia (SOW).

Zgodnie z art. 21 ust. 4 RODO informuję, iż przysługuje Państwu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania dotyczących Państwa 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 Państwa szczególną sytuacją.

OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM SIĘ Z OBOWIĄZKIEM INFORMACYJNYM

……..... ……..

Data podpis czytelny