

**Wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**
(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnosprawnej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko
PESEL albo numer dokumentu tożsamości
Adres zamieszkania *
.....
Telefon kontaktowy
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 zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

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, wynosiłzł.

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.

Zobowiązuje 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

Uwaga! Wypełnia tylko:

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),

opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko:

PESEL

Adres zamieszkania:

.....

Data urodzenia:

ustanowiony opiekunem prawnym* / pełnomocnikiem*:

.....

postanowieniem Sądu Rejonowego:

.....

z dn. sygn. Akt* :

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza* :

.....

z dn. repet. nr

.....

data

.....

podpis
przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*
pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić

KLAUZULA INFORMACYJNA
DLA KLIENTÓW POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W ŻYWCU

Na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 zwane dalej „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Żywcu:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żywcu, ul. Ks. Pr. St. Słonki 24, 34-300 Żywiec.
 2. W sprawach związanych z Pani/a danymi można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, e-mail iodo@pcpr-zywiec.pl.
 3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu dofinansowania uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzeń wykonawczych do tej ustawy.
 4. Dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom w celu prawidłowej realizacji zadań na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych lub instytucjom uprawnionym do przetwarzania danych osobowych na mocy przepisów prawa.
 5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w czasie określonym przepisami prawa oraz zgodnie z rzeczowym wykazem akt PCPR w Żywcu.
 6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
 7. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony danych Osobowych, gdy stwierdzone zostanie, że dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z przepisami prawa.
 8. Przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - a) dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO z zastrzeżeniem, że udostępnianie dane osobowe nie mogą ujawniać danych osób trzecich,
 - b) sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO,
 - c) żądania usunięcia danych po upływie okresu, o którym mowa w pkt. 5.
 9. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
 10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem rozpatrzenia wniosku i przyznania dofinansowania.
- W przypadku nie podania danych osobowych wnioski pozostają bez rozpatrzenia.

Oświadczam, że zapoznałem się z powyższą informacją.

Data

czytelny podpis.....

DO WNIOSKU O DOFINANSOWANIE UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM NALEŻY DOŁĄCZYĆ:

1. kopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (oryginał do wglądu),
2. kopię dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – dotyczy opiekunów prawnych, lub pełnomocnictwo (oryginał do wglądu),
3. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.
4. Oświadczenie o pobieraniu nauki w przypadku osoby niepełnosprawnej w wieku 16-24 lat uczącej się i niepracującej.
5. Opis sytuacji społecznej wnioskodawcy/podopiecznego .
6. RODO
7. Oświadczenie

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko.....
PESEL albo numer dokumentu.....
Adres zamieszkania*.....
.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**:

- | | |
|---|---|
| ☐ dysfunkcja narządu ruchu | ☐ dysfunkcja narządu słuchu |
| ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | |
| ☐ dysfunkcja narządu wzroku | ☐ upośledzenie umysłowe |
| ☐ choroba psychiczna | ☐ padaczka |
| ☐ schorzenie układu krążenia | ☐ inne (jakie?)
..... |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- ☐ Nie
- ☐ Tak - uzasadnienie
-
-
-
-
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

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

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)