

nr wniosku

data wpływu

pieczęć PCPR i podpis pracownika

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM W ROKU 2024.**

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Dane osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek:

Imię i nazwisko

PESEL albo nr dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania*

Data urodzenia..... telefon

Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika wnioskodawcy:

Imię i nazwisko

PESEL albo nr dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania

Data urodzenia..... telefon

Planowany termin uczestnictwa w turnusie

Posiadam orzeczenie (proszę podać jakie)

..... – ważne do dnia

Korzystałem/am z dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON**

TAK (podać rok)..... NIE

Imię i nazwisko opiekuna

(Wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

Jestem zatrudniony/a w zakładzie pracy chronionej** TAK NIE

Jestem osobą uczącą się i nie pracującą w wieku 16 – 24 lat** TAK (należy dołączyć dokument potwierdzający pobieranie nauki)

NIE

Oświadczam, że:

1) 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

2) liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

3) opiekun:

- a) nie będzie pełnił funkcji członka kadry na turnusie,
- b) nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- c) jest osobą pełnoletnią albo ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny,

4) powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych,

5) zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia (dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne).

Do wniosku należy dołączyć:

1. kopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, a dzieci do 16 roku życia kopię orzeczenia o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych (oryginał do wglądu),
2. kopię postanowienia Sądu dot. pełnienia funkcji opiekuna prawnego lub pełnomocnictwa notarialnego (oryginał do wglądu),
3. wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny (załącznik nr 1).
4. Klauzulę informacyjną zgodną z RODO.

.....
data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/opiekuna

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** właściwe zaznaczyć

Klauzula informacyjna zgodna z RODO

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/danych mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy-niepotrzebne skreślić)

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

niezbędnych dla potrzeb realizacji procesu: **EWIDENCJA OSÓB KORZYSTAJĄCYCH ZE ŚRODKÓW PFRON** zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. poz. 1000).

Data i czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę

Informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych podanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyrażonej powyżej jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 65 w Sochaczewie, kod pocztowy: 96-500, tel.46 864 18 01, adres email:sekretariat@pcprpowiatsochaczew.pl
2. Inspektorem Ochrony Danych jest: Paulina Klatt tel. 46 864 18 01 e-mail: sekretariat@pcprpowiatsochaczew.pl
3. Celem zbierania danych jest **dofinansowanie do zadań wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych**
4. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie.
5. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do realizacji zadania określonego w pkt. 3. W przypadku niepodania danych nie będzie możliwa realizacja w/w zadania.
6. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy przepisów prawa.
7. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.
8. Administrator danych nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wskazany w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 roku w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych, rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych. (Dz.U. nr 14 poz. 67 z późn. zm.), licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

Administrator danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sochaczewie

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"/> osoba głucha |
| <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia | <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> osoba niewidoma | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma | <input type="checkbox"/> inne (jakie) |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- Nie
- Tak – (warunkiem przyznania dofinansowania dla opiekuna jest wyraźne wskazanie lekarskie wraz z uzasadnieniem konieczności pobytu opiekuna na turnusie)

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

Uwagi:

.....

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** właściwe zaznaczyć