

Znak sprawy: ON.700.....2021

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)

1. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości**

Adres zamieszkania:*

miejsowość.....,ul.....nr domu/ lokalu.....

nr kodu.....pocztą.....

Data urodzenia.....

Numer telefonu:

2. Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.....

3. 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

4. Korzystałem/am z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków

PFRON** ☐ Tak (podać rok) ☐ Nie

5. Opiekun (wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna):

Imię i nazwisko

Czy opiekun ukończył 18 lat** ☐ Tak ☐ Nie

Czy opiekun ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej (uzupełnia się gdy opiekun nie ukończył 18 lat)** ☐ Tak ☐ Nie

Czy opiekun jest osobą niepełnosprawną, wymagającą opieki innej osoby ** ☐ Tak ☐ Nie

Czy opiekun pełni funkcję członka kadry na tym turnusie** ☐ Tak ☐ Nie

6. Jestem zatrudniony/a w zakładzie pracy chronionej** ☐ Tak ☐ Nie

7. Oświadczam, że:

- 1) **przeciętny miesięczny dochód (netto)****** 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) o dofinansowanie ze środków PFRON do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, ubiegam się tylko w Powiecie Nowotarskim,
- 4) **powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych,**
- 5) o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się informować PCPR w Nowym Targu w ciągu 14 dni,
- 6) nie posiadam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłam/byłem stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

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

9. **Dane przedstawiciela ustawowego (rodzica dla małoletniego wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika****

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania.....

Data:

.....
**podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela
ustawowego, pełnomocnika, opiekuna prawnego**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu dodatkowych danych osobowych tj. numeru telefonu, w celu przekazywania informacji dotyczących prowadzonego postępowania. Zgoda jest wyrażana dobrowolnie i można ją wycofać w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Data:

.....
**podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela
ustawowego, pełnomocnika, opiekuna prawnego**

Wypełnia PCPR w Nowym Targu

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

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

Klauzula informacyjna

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu, ul. Szaflarska 39, 34-400 Nowy Targ, kontakt mailowy pod adresem: pcpr@nowotarski.pl.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: iod@nowotarski.org.pl
3. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości prawnych zrealizowania Pani/Pana żądania.
4. Dane zgromadzone na podstawie Pani/Pana zgody przetwarzane będą w celu przekazywania informacji dotyczących prowadzonego postępowania.
5. Ma Pan/Pani prawo do dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.
6. Więcej informacji znajduje się na stronie www.pcpr.nowotarski.pl oraz w siedzibie jednostki.

Do wniosku należy dołączyć:

1. wniosek lekarski kierujący na turnus rehabilitacyjny
2. kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (oryginał do wglądu), w przypadku dzieci do lat 16 - kopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu),
3. kopia dokumentu potwierdzającego prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej (w przypadku składania wniosku przez opiekuna prawnego/ pełnomocnika) - oryginał do wglądu.
4. Zaświadczenie ze szkoły o kontynuowaniu nauki w przypadku dzieci i młodzieży uczącej się i niepracującej w wieku od 16 do 24 roku życia.

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć.

*** Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

**** Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych to suma dochodów wszystkich członków gospodarstwa domowego pomniejszonych o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.