

**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

Numer orzeczenia:

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.

** Właściwie 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 email:

.....
(data)

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

/ wniosek należy wypełnić czytelnie /

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania *.....

.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji: **

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:**

- ☐ Nie
- ☐ Tak- uzasadnienie:

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

UWAGI

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

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
** właściwe zaznaczyć

Do wniosku należy dołączyć :

1. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.
 2. Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego, w przypadku dzieci do 16 roku życia - ważnego orzeczenie 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.
 5. Oświadczenia do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym
- załącznik nr 1.

Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON
uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

**Oświadczenia do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

- opiekun ukończył 18 lat / ukończył 16 lat i jest zamieszkującym wspólnie członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej kierowanej na turnus rehabilitacyjny,
- opiekun nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
- nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- o dofinansowanie ze środków PFRON ubiegam się tylko w Powiecie Nowotarskim,
- o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR w Nowym Targu w ciągu 14 dni.
- zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych,

Data:

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych danych osobowych wymaganych do zarejestrowania i procedowania wniosku w Systemie SOW. 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

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, reprezentowane przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem email: iod@nowotarski.org.pl

2. Administratorami danych osobowych przetwarzanych w Systemie SOW w tym danych osobowych użytkowników są:

1) PFRON – al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych powołanego w PFRON - adres poczty elektronicznej: iod@pfron.org.pl, adres: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa.

2) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu przy ul. Szaflarskiej 39, kontakt mailowy pod adresem: pcpr@nowotarski.pl, kontakt z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem email: iod@nowotarski.org.pl

3. Dane osobowe przetwarzane są przez PFRON w celu zarządzania systemem SOW oraz realizacji zadań ustawowych PFRON związanych z pomocą osobom niepełnosprawnym, w tym w celu kontroli prawidłowości wydatkowania środków przyznanych właściwej jednostce samorządu terytorialnego. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO, jako że jest ono niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze, wynikającego z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (z późn. zm.).

4. Dane osobowe przetwarzane są przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu w celu rozpoznania złożonego Wniosku, przyznania i przekazania dofinansowania oraz jego rozliczenia przez PFRON. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, jeśli jest ono niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze oraz art. 9 ust. 2 lit. b) RODO w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (z późn. zm.).

5. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w ust. 3 i 4, odbiorcami danych osobowych mogą być:

1) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z PFRON przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest PFRON,

2) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie.

6. Dane osobowe będą wykorzystywane przez okres niezbędny do realizacji obowiązków ciążących odrębnie na każdym z Administratorów zgodnie z ust. 3 i 4, a następnie archiwizowane przez okres wynikający z ustaleń poczynionych pomiędzy Administratorami a Archiwum Państwowym zgodnie z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

7. W związku z przetwarzaniem danych osobowych nie będzie dochodziło do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.

8. Osobie, której dane dotyczą, na zasadach określonych w RODO, przysługują następujące prawa w związku z przetwarzaniem jego danych osobowych:

- 1) prawo dostępu do danych, w tym uzyskania kopii danych,
- 2) prawo żądania sprostowania danych,
- 3) prawo do usunięcia danych, chyba że dalsze przetwarzanie danych jest niezbędne dla wywiązania się z obowiązku prawnego,
- 4) prawo do ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) prawo do przenoszenia danych w przypadku, gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit b RODO i w sposób zautomatyzowany.

9. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, przy czym jest również niezbędne do założenia Konta i procedowania wniosku w Systemie SOW. Odmowa podania danych będzie skutkowała odmową założenia Konta w Systemie SOW i w konsekwencji uniemożliwi złożenie i realizację Wniosku o przyznanie pomocy.

10. Więcej informacji znajduje się na stronie www.pcpr.nowotarski.pl, www.pfron.org.pl oraz w siedzibie PCPR.