

**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

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 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.
5. Oświadczenia 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 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,
- wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich dodatkowych danych osobowych tj. daty urodzenia, numeru telefonu , adresu e-mail w bazie danych dla potrzeb niezbędnych do realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych.

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.

- zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

Informujemy, że wniosek będzie realizowany za pośrednictwem elektronicznego Systemu Obsługi Wsparcia finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Data:

.....

Podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela
ustawowego, pełnomocnika, opiekuna prawnego

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 i art. 14 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 (RODO), informujemy Pana/Panią, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu, ul. Jana Kazimierza 20, 34-400 Nowy Targ, kontakt mailowy pod adresem: pcpr@nowotarski.pl, reprezentowane przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Targu.
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. Jana Kazimierza 20, 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, art. 6 ust.1 lit. a RODO, art. 6 ust. 1 lit. b RODO, danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. f RODO, jak również 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. Jeżeli podstawą przetwarzania danych osobowych jest wyrażona przez Panią/Pana zgoda, może ona zostać wycofana w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem wcześniejszego przetwarzania danych.
7. 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.
8. W związku z przetwarzaniem danych osobowych nie będzie dochodziło do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.
9. 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 na podstawie art. 15 RODO,
 - 2) prawo żądania sprostowania danych na podstawie art. 16 RODO,
 - 3) prawo do usunięcia danych na podstawie art. 17 RODO, chyba że dalsze przetwarzanie danych jest niezbędne dla wywiązania się z obowiązku prawnego,
 - 4) prawo do ograniczenia przetwarzania danych na podstawie art. 18 RODO,
 - 5) prawo do przenoszenia danych na podstawie art. 20 RODO, w przypadku, gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit b RODO i w sposób zautomatyzowany.
 - 6) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora na podstawie art. 21 RODO.
10. Przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa
11. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, przy czym jest również niezbędne do założenia Konta i procedowania wniosku w Systemie SOW. Odmowa podania danych będzie skutkowałą odmową założenia Konta w Systemie SOW i w konsekwencji uniemożliwiła złożenie i realizację Wniosku o przyznanie pomocy.
12. Więcej informacji znajduje się na stronie www.pcpr.nowotarski.pl, www.pfron.org.pl oraz w siedzibie PCPR.

.....
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: **

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> Upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> Choroba psychiczna |
| <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> Padaczka |
| <input type="checkbox"/> Dysfunkcja narządu słuchu | <input type="checkbox"/> Inne(jakie?).....
.....
..... |
| <input type="checkbox"/> 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