

Nr sprawy:.....

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków PFRON 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
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 jeżeli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

Oświadczenie

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów oświadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił**

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

Oświadczenia

- Oświadczam że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne z prawdą oraz że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych, wynikającej z art. 286 § 1, 2 i 3 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997r., Kodeks Karny.
- W przypadku otrzymania dofinansowania zobowiązuje się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną turnusu pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.
- W przypadku otrzymania dofinansowania ze środków PFRON zobowiązuje się do wyjazdu na turnus rehabilitacyjny wyłącznie do ośrodka, który posiada wpis do rejestru ośrodków uprawnionych do organizowania turnusów rehabilitacyjnych lub przyjmowania grup turnusowych, przy udziale środków PFRON.
- Oświadczam, że nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie, ani nie jestem opiekunem innego uczestnika tego turnusu.
- Ze środków PFRON nie może być dofinansowane uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym finansowanym w części lub w całości na podstawie przepisów o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników.
- O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się pisemnie poinformować PCPR w Gliwicach, w ciągu 14 dni.

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 (dalej: RODO) Oświadczam, że zostałem poinformowany, że:

1. Administratorem danych osobowych Wnioskodawcy jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gliwicach, ul. Zygmunta Starego 17, kod pocztowy 44-100, adres e-mail: pcpr_gliwice@powiatgliwicki.pl, tel. 32 332 66 16.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest możliwy za pomocą poczty elektronicznej pod adresem e-mail: pcpr_gliwice@powiatgliwicki.pl
3. Dane osobowe Wnioskodawcy będą przetwarzane w celu realizacji zawartej umowy o dofinansowanie ze środków PFRON.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych w powyższym celu jest Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (art.6 ust.1 lit. b, e RODO).
5. Dane osobowe Wnioskodawcy będą ujawniane osobom upoważnionym przez administratora danych osobowych, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiotom przetwarzającym dane osobowe w oparciu o stosowne umowy, a w zakresie danych korespondencyjnych operatorowi pocztowemu lub kurierowi.
6. Dane osobowe Wnioskodawcy będą przetwarzane przez okres wskazany w przepisach dotyczących instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego wykazu akt, bądź innych przepisów prawa.
7. Wnioskodawca posiada prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Ponadto także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem

przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych Wnioskodawcy.

8. Wnioskodawcy przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
9. Podanie przez Wnioskodawcę danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy, a ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości zawarcia umowy.
10. Dane osobowe Wnioskodawcy nie będą przekazywane do państwa trzeciego/ organizacji międzynarodowej.
11. Dane osobowe Wnioskodawcy nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy/ opiekuna prawnego/ pełnomocnika

Załączniki:

1. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności / o stopniu niepełnosprawności (oryginał do wglądu w trakcie składania wniosku).
2. Zaświadczenie ze szkoły w przypadku młodzieży uczącej się i niepracującej wieku 16 do 24 lat.
3. Oświadczenie osoby że nie pozostaje w zatrudnieniu (dotyczy młodzieży uczącej się i niepracującej wieku 16 do 24 lat.).
4. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.
5. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej kserokopia Postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu w trakcie składania wniosku).
6. W przypadku reprezentowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, kserokopia pełnomocnictwa notarialnego (oryginał do wglądu w trakcie składania wniosku).

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

**WNIOSEK LEKARSKI
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"/> Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia | <input type="checkbox"/> inne (jakie?)
..... |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- Nie
- Tak – uzasadnienie
-
-
-
-
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

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