

.....
nr wniosku

.....
data wpływu wniosku

WNIOSEK

o przyznanie dofinansowania 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

Data urodzenia

Adres zamieszkania (miejsce pobytu*)

Nr telefonuadres email.....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE ***

a) o stopniu niepełnosprawności

Znacznym	Umiarkowanym	Lekkim
I	II	III

b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów

c) o całkowitej/ o częściowej niezdolności do pracy/ o
niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym/
i 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

JESTEM UCZNIEM/ STUDENTEM***

Tak Nie

Imię i nazwisko opiekuna

(wypełnić, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

1. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam co następuje:

a) Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

b) Oświadczam, że średni przeciętny miesięczny dochód netto w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych za ostatni kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (w tym rozumie się 3 miesiące wstecz) mojej rodziny wynosi.....zł.

Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego wynosi:

..... zł.

Oświadczenie o dochodach (pomniejszonych o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i chorobowego) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

2.Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować PCPR w Górze o każdej zmianie sytuacji osobistej, dochodowej majątkowej.

3.Zobowiązuje się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.

4.Oświadczam, iż zapoznałem/am się z poniżej zamieszczoną Informacją o przetwarzaniu danych osobowych.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

** dane nieobowiązkowe - wnioskodawca nie musi ich podawać, choć ich podanie może ułatwić kontakt z wnioskodawcą w celu rozpatrzenia wniosku i załatwienia sprawy

*** właściwe zaznaczyć

.....
pieczętka i podpis pracownika PCPR przyjmującego wniosek

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARSKI NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania (miejsce pobytu *).....

Rodzaje schorzeń lub dysfunkcji **:

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:

- Nie
 - Tak - uzasadnienie
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....
data

.....
podpis i pieczęć lekarza

* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

** właściwe zaznaczyć

CZĘŚĆ I - INFORMACJA O TURNUSIE

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

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania (miejsce pobytu*)

Rodzaj turnusu

termin turnusu: od do

Dane organizatora turnusu:

Nazwa i adres (z kodem pocztowym)

.....

Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus:

Nazwa i adres (z kodem pocztowym)

.....

Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

CZĘŚĆ II - OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU

(Wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora i adres (z kodem pocztowym)

.....

Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów

turnusów*

Potwierdzam możliwość uczestniczenia Pana/ Pani

wraz z opiekunem** w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?)

w terminie od do

w ośrodku (nazwa i adres)

Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków

Całkowity koszt turnusu dla:

osoby niepełnosprawnej zł,

słownie zł.....zł.....

opiekuna osoby niepełnosprawnej**zł,

słownie zł

Zobowiązuję się, nie później niż do 21 dni po zakończeniu

turnusu, przesłać do właściwego PCPR "Informację o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego".

Informacja ta będzie sporządzona odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania ze środków PFRON.

W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w turnusie osoby

niepełnosprawnej lub w przypadku stwierdzenia w wyniku

kontroli rażących uchybień w zakresie realizacji turnusu

zobowiązuję się do zwrotu 100% środków, które przekazało PCPR na dofinansowanie

uczestnictwa tej osoby i jej opiekuna, w terminie do 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu - na konto PCPR.

Środki przyznane osobie niepełnosprawnej i jej opiekunowi** proszę przekazać na rachunek bankowy:

Nazwa banku oddział

nr

.....

(data)

.....
(pieczęć i czytelny podpis organizatora)

Informacje dotyczące sytuacji społecznej wnioskodawcy i potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych

- Sytuacja zdrowotna (ogólna w tym stopień samoobsługi)

	samodzielnie	z pomocą
mycie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ubieranie się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
poruszanie się w środowisku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Udział w zajęciach rehabilitacyjnych, zabiegach rehabilitacyjnych w miejscu zamieszkania: *

TAK (jakich, jak często).....

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

NIE

- Oczekiwania związane z uczestnictwem w turnusie rehabilitacyjnym:

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

.....
Data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

*właściwe zaznaczyć

Załączniki do wniosku:

1. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (grupie inwalidzkiej) lub w przypadku dzieci kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności uprawniające do pobierania zasiłku pielęgnacyjnego (oryginał do wglądu).
2. Zaświadczenie o dochodach za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (w tym rozumie się trzy miesiące wstecz) z dołączonymi zaświadczeniami potwierdzającymi uzyskany dochód:
 - Osoby pracujące – zaświadczenie o zarobkach z zakładu pracy za ostatni kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (w tym rozumie się trzy miesiące wstecz),
 - Emeryci – kserokopie odcinków emerytury za ostatni kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (w tym rozumie się trzy miesiące wstecz), bądź kserokopia decyzji o wysokości przyznanej emerytury,
 - Renciści – kserokopie odcinków renty za ostatni kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (w tym rozumie się trzy miesiące wstecz), bądź kserokopia decyzji o wysokości przyznanej renty,
 - Osoby będące właścicielem gospodarstwa rolnego – zaświadczenie z Urzędu Miasta i Gminy o ilości posiadanej ziemi i kwocie za 1 ha przeliczeniowy,
 - Osoby prowadzące działalność gospodarczą – zaświadczenie o uzyskanych dochodach za ostatni kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (w tym rozumie się trzy miesiące wstecz),
 - Osoby prowadzące działalność gospodarczą w formie ryczałtu - zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o rodzaju prowadzonej działalności oraz oświadczenie pod odpowiedzialnością karną o uzyskanych dochodach za ostatni kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (w tym rozumie się trzy miesiące wstecz) - druk oświadczenia do pobrania w siedzibie PCPR,
 - Osoby bezrobotne – zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy informujące o figurowaniu na liście osób bezrobotnych z prawem do zasiłku (kwota), bądź bez prawa do zasiłku.
 - Osoby pobierające alimenty – kserokopia decyzji o przyznaniu alimentów
 - Osoby otrzymujące stypendia – kserokopia decyzji o przyznaniu stypendium
 - Inne dochody nie wymienione wyżej.
3. W przypadku osób:
 - całkowicie bądź częściowo ubezwłasnowolnionych postanowienie sądu o pełnieniu funkcji opiekuna prawnego, bądź kuratora,
 - które nie są w stanie złożyć własnoręcznego podpisu – akt notarialny informujący o załatwianiu wszelkich niezbędnych spraw przez osobę do tego uprawnioną.
 - pozostających bez dochodu - oświadczenie pod odpowiedzialnością karną o braku dochodu (druk oświadczenia do pobrania w siedzibie PCPR)
4. zaświadczenie o pobieraniu nauki w przypadku dziecka powyżej 18 roku życia.

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie 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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,*
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,*
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,*
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,*
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,*
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.*

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

*Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych
Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.*

Data

Podpis wnioskodawcy.....

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),
opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko:.....

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:

.....
Data urodzenia:

ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:

.....
postanowieniem Sądu Rejonowego:.....

.....
z dn. sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

.....
z dn. repet. nr

.....
data

.....
podpis przedstawiciela ustawowego*

opiekuna prawnego*

pełnomocnika*

*niepotrzebne skreślić