

**WNIOSEK O 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.....

Adres zamieszkania (miejsce pobytu*)

Data urodzenia

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.....

Tel. stacjonarny, kom.

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, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód , w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony z kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku , wynosi

(słownie:.....)

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi (słownie:)

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

(Pouczony/a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 06 czerwca 1997 Kodeks Karny (Dz. U. z 2016 poz. 1137 ze zm.) – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

§1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.)

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

Do niniejszego wniosku załączam :

1) Kserokopie orzeczenia (oryginał do wglądu przez pracownika Centrum),

2) Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny,

3) Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć.

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

WYPEŁNIA PCPR

.....
(data wpływu wniosku)

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

**Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych
przez Powiat Przasnyski, w imieniu którego występuje
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu**

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wyrażam zgodę/zgody na przetwarzanie:

- moich danych osobowych,
- danych mojego dziecka,
- danych Wnioskodawcy, którego reprezentuję,
w celu realizacji dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.

*** właściwe zaznaczyć**

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu

Na podstawie przepisów 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 o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych i przysługujących prawach.

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiat Przasnyski /Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu.
- 2) Dane kontaktowe Administratora Danych Osobowych: PCPR, Budynek Starostwa Powiatowego w Przasnyszu, ul. św. Stanisława Kostki 5, 06-300 Przasnysz, tel. 29 752-25-14 wew. 118 lub 227.
- 3) Inspektorem Ochrony Danych w Starostwie Powiatowym w Przasnyszu jest Pan Arkadiusz Bloch. Kontakt z nim możliwy jest pod numerem telefonu 502-198-738 lub adresem e-mail: iod@przasnysz.dss-rodop.pl.
- 4) Pani/Pana dane osobowe, przetwarzane są w celu realizacji dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych, finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w oparciu o przepisy prawa tj.:
 - a. ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U z 2018, poz. 511 ze zm.)
 - b. rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiat, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015r. poz. 926).
- 5) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa. Dane w ograniczonym zakresie mogą być również przekazane podmiotom realizującym zadania na rzecz Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu.
- 6) Czas przechowywania Pani/Pana danych osobowych jest określony prawem, zgodnie z przepisami kancelaryjno – archiwalnymi Administratora, oraz Ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane jedynie w okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane i czasie wskazanym przepisami prawa.
- 7) Każdej osobie, której dane przetwarzane są w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, przysługuje prawo do: dostępu do danych, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, oraz usunięcia jeśli pozwalają na to przepisy prawa.
- 8) W przypadku przetwarzania danych osobowych w oparciu o „Wyrażenie Zgody”, informujemy że zgoda może być cofnięta w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- 9) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych.
- 10) Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym przepisami prawa jest konieczne do realizacji ustawowych celów i zadań Administratora. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania. W pozostałych przypadkach podanie danych jest dobrowolne.
- 11) Administrator danych nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 12) Podanie danych nie skutkują zautomatyzowaną oceną czynników osobowych i tym samym nie podlega profilowaniu.
- 13) Administrator danych dokłada wszelkich starań, aby zapewnić odpowiedni stopień ochrony danych osobowych.

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

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania (miejsce pobytu*)

.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji **

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządów ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządów słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządów 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

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

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

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres (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 świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU REHABILITACYJNEGO
(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

opiekuna osoby niepełnosprawnej**zł,

słownie zł

Zobowiązuję się, terminie 21 dni od dnia zakończeniu turnusu, przesłać do właściwego PCPR "Informację o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego". sporządzoną odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania ze środków PFRON.

W przypadku rezygnacji osoby niepełnosprawnej z uczestnictwa w turnusie przed jego rozpoczęciem lub 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)

Przasnysz,

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....
(Adres zamieszkania wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że mój opiekun:

1. nie będzie pełnił funkcji członka kadry na turnusie,
2. nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
3. ukończył/a 18 lat
4. ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkujący członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

.....
podpis wnioskodawcy

* we właściwej kratce postawić X