

**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.

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

Klauzula RODO

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, 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.

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 e-mail:

.....
(data)

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania *

.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**

☐ dysfunkcja narządu ruchu

☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

☐ dysfunkcja narządu wzroku

☐ choroba psychiczna

☐ schorzenie układu krążenia

☐ dysfunkcja narządu słuchu

☐ upośledzenie umysłowe

☐ padaczka

☐ inne (jakie).....

.....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

☐ NIE

☐ TAK – uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** właściwe zaznaczyć

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

**Kwestionariusz dotyczący sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej
ubiegającej się o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym
i jej potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych**

1. Imię i nazwisko

2. PESEL

3. Nr telefonu *

4. Źródła utrzymania:**

- wynagrodzenie za pracę, renta, emerytura, zasiłki z pomocy społecznej, pomoc finansowa rodziny, inne świadczenia – jakie:

5. Możliwość samodzielnego funkcjonowania:**

- wykonywanie czynności samoobsługowych: ☐ samodzielnie ☐ z pomocą
- prowadzenie gospodarstwa domowego: ☐ samodzielnie ☐ z pomocą
- poruszanie się w środowisku: ☐ samodzielnie ☐ z pomocą

6. Potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych:**

- wyrabianie zaradności osobistej, poprawa samoobsługi: ☐ tak ☐ nie
- nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych: ☐ tak ☐ nie
- pobudzanie aktywności społecznej, przywracanie utraconych zdolności do pełnienia ról społecznych: ☐ tak ☐ nie
- realizacja i rozwijanie zainteresowań: ☐ tak ☐ nie

.....
data

.....
**Czytelny podpis Wnioskodawcy
lub osoby uprawnionej do
reprezentowania Wnioskodawcy**

Wypełnia PCPR

Na podstawie złożonych dokumentów dokonano oceny sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej i jej potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych.

Wniosek opiniuję: ☐ pozytywnie ☐ negatywnie

.....
data

.....
podpis pracownika socjalnego

* podanie numeru telefonu jest dobrowolne, jego wpisanie jest równoznaczne ze zgodą na kontakt

** właściwe zaznaczyć

Nazwisko i imię opiekuna
Adres zamieszkania
Numer ewidencyjny (PESEL)
Telefon kontaktowy

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA
OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ NA TURNUSIE REHABILITACYJNYM
(wypełnia opiekun, jeśli lekarz uzna konieczność pobytu opiekuna na turnusie)

Oświadczam, że zobowiązuję się do sprawowania opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego nad osobą niepełnosprawną:

Nazwisko i imię

Oświadczam, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 roku w sprawie turnusów rehabilitacyjnych:

- 1) nie będzie pełnił funkcji członka kadry na wybranym przez wnioskodawcę turnusie,
- 2) nie jestem osobą niepełnosprawną, wymagającą opieki innej osoby,
- 3) ukończyłem 18 lat* lub
- 4) ukończyłem 16 lat* i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.
- 5) W przypadku skrócenia pobytu jako opiekun osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe zobowiązuję się do zwrotu przyznanego dofinansowania.

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych, po złożeniu oświadczenia zobowiązuje się poinformować PCPR w Lipsku w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.

.....
(data)

.....
(podpis opiekuna)

* niepotrzebne skreślić

Lipsko, dn.

OŚWIADCZENIE

(dot. osoby niepełnosprawnej w wieku 16-24 lat uczącej się i niepracującej)

Ja niżej podpisany/a
(imię i nazwisko)

Adres zamieszkania

PESEL:

Oświadczam, że jestem uczniem/studentem w szkole:

.....
.....

Oświadczam, że nie jestem / jestem zatrudniona/zatrudniony na podstawie umowy o pracę/ o dzieło/zlecenia*

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych w oświadczeniu zobowiązuję się poinformować PCPR w Lipsku w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.

.....
data

.....
**Czytelny podpisy Wnioskodawcy
lub osoby uprawnionej do
reprezentowania Wnioskodawcy**

* właściwe zaznaczyć

.....
**pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego**

Informacje o stanie zdrowia

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania (miejsce pobytu*)

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....
Choroby współistniejące, przebyte operacje

.....
Uczulenia

.....
Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne.

.....
Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych

.....
Przebyte choroby zakaźne- dotyczy osób do 16 roku życia

.....
Szczepienia ochronne (dary)- dotyczy osób do 16 roku życia

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

** wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej*

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 zamieszkania *

.....

.....

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 o ubezpieczeniach społecznych rolników.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

Załącznik do informacji o wyborze turnusu rehabilitacyjnego

Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

- 1) a/Administratorem Państwa danych jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) z siedzibą w Warszawie (00-828) przy ulicy Jana Pawła II 13, tel.: 22/5055500, email kancelaria@pfron.org.pl
b/Administratorem Państwa danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Lipsku (27-300) przy ulicy Iłżeckiej 6, tel.: 48/ 3781011, email: pcpr@powiatlipsko.pl
c/
.....
.....
.....
- 2) a/Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: iod@pfron.org.pl lub pisemnie pod adres Administratora.
b/ Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie pod adres Administratora.
c/.....
.....
.....
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu dofinansowania ze środków RFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, tj. gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust 2 lit h RODO) w zw. Ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r., o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wraz z rozporządzeniami. W przypadku dobrowolnego udostępniania przez Państwa danych osobowych innych niż wynikające z obowiązku prawnego, podstawę legalizującą ich przetwarzanie stanowi wyrażona zgoda na przetwarzanie swoich danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO). Udostępnione dobrowolnie dane będą przetwarzane w celach kontaktowych.
- 4) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych,

- w tym przepisów archiwalnych. Natomiast w przypadku danych podanych dobrowolnie – co do zasady do czasu wycofania przez Państwa zgody na ich przetwarzanie.
- 5) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
 - 6) Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
 - 7) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) prawo do usunięcia danych określone w przepisach prawa;
 - e) w przypadku gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) - prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - f) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
 - 8) Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3. Nieprzekazanie danych udostępnianych dobrowolnie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie sprawy.
 - 9) Państwa dane osobowe będą ujawniane osobom działającym z upoważnienia Administratora, mającym dostęp do danych osobowych i przetwarzającym je wyłącznie na polecenie Administratora, chyba że wymaga tego prawo UE lub prawo państwa członkowskiego. Państwa dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, tj. usługodawcom wykonującym usługi serwisu systemów informatycznych (SOW), podmiotom zapewniającym ochronę danych osobowych i bezpieczeństwo IT, dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom usług informatycznych w zakresie systemów księgowo-ewidencyjnych, usługodawcom z zakresu księgowości oraz doradztwa prawnego, dostawcy usług hostingu poczty mailowej w przypadku korespondencji prowadzonej drogą mailową. Dane osobowe mogą być przekazywane do organów publicznych i urzędów państwowych lub innych podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa lub wykonujących zadania realizowane w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej do celów ewidencyjnych, weryfikacyjnych, kontrolnych i audytowych.