

WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU
REHABILITACJIOSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM

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

1. Dane dotyczące osoby niepełnosprawnej :

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

.....

Telefon

Data urodzenia.....

2. Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym :

.....

3. 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

4. Korzystałem/lam z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON**

TAK (podać rok).....

NIE

5. Opiekun (wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

Imię i nazwisko.....

Czy opiekun ukończył 18 lat**

Tak Nie

Czy opiekun ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej (uzupełnia się gdy opiekun nie ukończył 18 lat)**

Tak Nie

Czy opiekun jest osobą niepełnosprawną, wymagającą opieki innej osoby **

Tak Nie

Czy opiekun pełni funkcję członka kadry na tym turnusie**

Tak Nie

6. Jestem zatrudniony/a w zakładzie pracy chronionej **

TAK

NIE

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

OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód¹, 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.....

Dane przedstawiciela ustawowego

(rodzica dla małoletniego wnioskodawcy, opiekuna prawnego lub pełnomocnika)

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania.....

.....

Telefon.....

Oświadczam, że:

- powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych².
- o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować PCPR w ciągu 14 dni,
- nie ubiegam, nie ubiegałam/ubiegałem się o dofinansowanie ze środków PFRON na cel, którego dotyczy niniejszy wniosek za pośrednictwem innego samorządu powiatowego,
- nie posiadam zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON,
- warunki zawartych z PFRON umów, w ciągu 3 lat poprzedzających złożenie wniosku, zostały dotrzymane (jeżeli zawierane były jakieś umowy).

Data:

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy, pełnomocnika lub opiekuna prawnego)

¹ **przeciętny miesięczny dochód** – dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

² art. 233 § 1 kk „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie Ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 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 oraz zgodnie z art. 158 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U.2019 r. poz. 1781) informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem, ul. Heleny Modrzejewskiej 5, 34-500 Zakopane.
2. Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji ustawowych zadań urzędu.
3. Administrator danych osobowych może je przekazać upoważnionym podmiotom na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
4. Dane nie będą przekazywane odbiorcy w państwie trzecim ani też organizacji międzynarodowej, nie będą również podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
5. Klienci Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem mają prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, zrządzenia zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny, wynikający z przepisów prawa.

Ja, niżej podpisana/ny **wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem, ul. Heleny Modrzejewskiej 5 moich danych osobowych w postaci: imienia i nazwiska, adresu zamieszkania, daty urodzenia, nr PESEL, oraz numeru telefonu.**

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest udzielona dobrowolnie na podstawie art. 6 ust. 1 lit a) oraz art. 9 ust. 2 lit. a) 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej RODO).

Potwierdzam otrzymanie od Administratora Danych osobowych załącznika informacyjnego zgodnie z art. 13ust. 1 i 2 RODO, z którym się zapoznałam/em i przyjąłam/em do wiadomości.

Data:

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy, pełnomocnika lub opiekuna prawnego)

Do wniosku o dofinansowanie dołącza się:

- 1) **Wniosek lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna o skierowanie na turnus rehabilitacyjny**
- 2) **Kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub kopię orzeczenia, lub kopię wypisu z treści orzeczenia traktowego na równi z tym orzeczeniem (ZUS, KIZ albo KRUS wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.)
ORYGINAŁ DO WGLĄDU**
- 3) **Kopię 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.**

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć

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

.....
(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**.

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

- NIE
 TAK-uzasadnienie

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

Uwagi:

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

*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
**Właściwie zaznaczyć

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)