

**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*

.....

Telefon

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/łam 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 opiekun

(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

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.....

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

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

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych².

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781)³

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”.

³ Na podstawie art. 13 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 oraz zgodnie z art. 158 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U.2018 r. poz. 1000) informujemy, że: „Administratorem danych osobowych klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem ul. Heleny Modrzejewskiej 5, 34-500 Zakopane. Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji ustawowych zadań urzędu. Administrator danych osobowych może je przekazać upoważnionym podmiotom na podstawie przepisów prawa. Dane nie będą przekazywane odbiorcy w państwie trzecim ani też organizacji międzynarodowej, nie będą również podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu. 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. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny, wynikający z przepisów prawa.”

Do wniosku o dofinansowanie dołącza się:

- 1) 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.) albo kopię orzeczenia o niepełnosprawności,**
- 2) wniosek lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.**

.....

(data)

.....

(czytelny podpis Wnioskodawcy)

* 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
**Właściwe zaznaczyć

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)