…… Nr wniosku: **PFRON …….....**

(data wpływu wniosku do PCPR)

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

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

Imię i nazwisko …….……. PESEL …….…….

Adres zamieszkania ……..……..……..…….……

Data urodzenia …….…….……...… nr telefonu ……..……..…….…….……

Adres e-mail ……..……..…….

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 samodzielnej egzystencji
d) ☐ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym
e) ☐ 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

Uwaga: przeciętny miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, to dochód pomniejszony o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek.

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosi **…….……..** zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi **…….....…..**

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1, § 2 Kodeksu Karnego za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach do niniejszego wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Oświadczam, że w przypadku otrzymania w br. przez Powiat dodatkowych środków finansowych z PFRON, wyrażam zgodę na przekazanie informacji pod nr telefonu lub adres e-mail wskazany we wniosku. Przyjmuję do wiadomości, że w tym wypadku wymagana jest pisemna zgoda wraz z aktualizacją wniosku.

…….…… ……

(data) ***(czytelny podpis wnioskodawcy)***

* właściwe zaznaczyć

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

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

Imię i nazwisko ……

PESEL albo numer dokumentu tożsamości ……

Adres zamieszkania ……

Data urodzenia …… Nr telefonu ……

Adres e-mail ……

ustanowiony przedstawicielem*/opiekunem*/pełnomocnikiem*: ……

……

postanowienie Sądu Rejonowego ……

z dnia …… Sygn. akt ……

na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza ……

z dnia …… Repet. nr ……

…… ……

(data) ***(podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnomocnika)***

* właściwe zaznaczyć

Załączniki do wniosku:

1. Kserokopia aktualnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność.
2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny *(sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku).*
3. Oświadczenia wnioskodawcy *(sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do wniosku).*
4. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych *(sporządzona wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do wniosku).*
5. Zaświadczenie ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki w przypadku Wnioskodawcy uczącego się i niepracującego w wieku 16 – 24 lat.
6. Dokumenty potwierdzające prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej *(opiekun prawny, pełnomocnik).*

Adnotacje PCPR:

Załącznik nr 1 do wniosku

……
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego)

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania …….....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji *

- ❑ dysfunkcja narządu ruchu
- ❑ schorzenie układu krążenia
- ❑ padaczka
- ❑ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- ❑ dysfunkcja narządu słuchu
- ❑ dysfunkcja narządu wzroku
- ❑ upośledzenie umysłowe
- ❑ inne (jakie?) ……..……...….
- ❑ choroba psychiczna …...…..…….

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- ❑ NIE
- ❑ TAK – **uzasadnienie konieczności pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym** (proszę o szczegółowe opisanie okoliczności potwierdzających brak możliwości samodzielnego pobytu osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<u>Uwagi:</u>

.....

.....

.....

.....

.....

* właściwe zaznaczyć

....
(data) *(pieczątka i podpis lekarza)*

Załącznik nr 2 do wniosku

OŚWIADCZENIA

do wniosku o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

(podpisuje osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzic bądź opiekun prawny, pełnomocnik)

Oświadczenia Wnioskodawcy:

Oświadczam, że:
- nie pełnię funkcji członka kadry na turnusie rehabilitacyjnym,
- nie jestem opiekunem innego uczestnika tego turnusu,
- w przypadku skrócenia uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe poniosę koszty pobytu na turnusie.

Oświadczam, że opiekun *(jeżeli dotyczy)***:**

- nie pełni funkcji członka kadry na turnusie rehabilitacyjnym,
- nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- ukończył 18 lat albo ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym ze mną członkiem rodziny,
- będzie sprawował nade mną stałą opiekę w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego,
- w przypadku skrócenia pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe opiekun będzie ponosił koszty pobytu na turnusie.

…… ……

(data) ***(podpis wnioskodawcy/rodzica/opiekuna prawnego/pełnomocnika)***

Załącznik nr 3 do wniosku

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1 ze zm.), dalej „RODO", informuję, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, którego siedziba mieści się w Lublińcu przy ul. Sobieskiego 9, 42-700 Lubliniec.

Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Lublińcu: ul. Sobieskiego 9, 42-700 Lubliniec, adres e-mail: iod@lubliniec.starostwo.gov.pl, tel. 530 035 528.

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w zakresie wskazanym w przepisach prawa (ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych) odbywa się w celu związanym z przyznaniem dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym (art. 6 ust. 1 lit. c RODO, w przypadku danych szczególnej kategorii art. 9 ust. 2 lit. b RODO).

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty uprawnione do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa oraz podmioty wspierające nas w wypełnianiu naszych uprawnień i obowiązków takie jak np. Poczta Polska S. A. z siedzibą w Warszawie, podmioty świadczące usługi doręczania przy użyciu środków komunikacji elektronicznej, w tym m. in. ePUAP w związku z § 8 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 14 września 2011 r. w sprawie sporządzania i doręczania dokumentów elektronicznych oraz udostępnienia formularzy, wzorów i kopii dokumentów elektronicznych (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 180) oraz podmioty wspierające nas w świadczeniu naszych usług, w tym zapewniających asystę i wsparcie techniczne dla systemów teleinformatycznych, w których są przetwarzane Pani/Pana dane.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres przechowywania danych określonych w instrukcji kancelaryjnej. Po upływie 10 lat akta podlegają brakowaniu, kategoria B10.

Posiada Pani/Pan:
- na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących,
- na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych,
- na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO*.

Nie przysługuje Pani/Panu:
- w związku z art. 17 ust.3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych,
- prawo do przenoszenia danych osobowych, o których mowa w art. 20 RODO,
- na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO.

Gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w zakresie wynikającym z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych jest wymogiem ustawowym i jest niezbędne, aby przyznać dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.

Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

*Wyjaśnienie: prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego.

……..…. ……

(data) ***(podpis wnioskodawcy/rodzica/ opiekuna prawnego/pełnomocnika)***