

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)

A Dane Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami).

1. Imię i nazwisko
2. Nr PESEL
3. Adres zamieszkania:* miejscowość nr kodu.....-.....
ulica nr domu nr lokalu
nr telefonu/faxu(z nr kier.)**
4. Planowany termin uczestnictwa w turnusie

B Posiadane Orzeczenie

- a) o stopniu niepełnosprawności
 - Znacznym
 - Umiarkowanym
 - Lekkim
- b) zaliczeniu do jednej z grup inwalidów
 - I
 - II
 - III
- c) o niezdolności do pracy
 - całkowitej
 - o częściowej niezdolności do pracy
 - o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym
 - i niezdolności do samodzielnej egzystencji
- d) o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia.

C Korzystałem(am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON***

- Tak (podać rok)
- Nie

D Jestem zatrudniony/na w zakładzie pracy chronionej***

- Tak
- Nie

Imię i nazwisko opiekuna

(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

./.

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że przeciętny **miesięczny** dochód rodziny, 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.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na zasadach określonych w Rozporządzeniu 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).

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

.....
Data

.....
Podpis wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Informacja o dobrowolności

***Właściwe zaznaczyć.

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

Wypełnia PCPR

.....
Data wpływu wniosku do PCPR

.....
Pieczęć i podpis pracownika

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU

- 1) **Kopia orzeczenia**, o stopniu niepełnosprawności lub kopię orzeczenia, lub kopię wypisu z treści orzeczenia traktowanego na równi z tym orzeczeniem albo kopię orzeczenia o niepełnosprawności,
- 2) **Aktualny wniosek lekarza**, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna, o skierowanie na turnus rehabilitacyjny,
- 3) **Zaświadczenie ze szkoły o pobieraniu nauki** (dotyczy osób po 16 roku życia uczących się i niepracujących do ukończenia 24 roku życia).

Osoba niepełnosprawna może ubiegać się o dofinansowanie pod warunkiem, że:

- 1) w roku, którym ubiega się o dofinansowanie, nie uzyskała na ten cel dofinansowania ze środków Funduszu,
- 2) weźmie udział w turnusie, który odbędzie się w ośrodku wpisanym do rejestru ośrodków, prowadzonego przez wojewodę, albo poza takim ośrodkiem w przypadku, gdy turnus jest organizowany w formie niestacjonarnej,
- 3) nie będzie pełniła członka kadry na tym turnusie ani nie będzie opiekunem innego uczestnika turnusu.

Ze środków Funduszu nie może być dofinansowane uczestnictwo w turnusie finansowanym w części lub całości na podstawie przepisów o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, w systemie ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników

Osoba niepełnosprawna, w terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania, nie później niż na 21 dni przed dniem rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego, przekazuje centrum pomocy informację o wyborze turnusu, w którym będzie uczestniczyła.

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

.....

I. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie posiadam żadnych zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz oświadczam, iż w ciągu trzech lat przed złożeniem tego wniosku nie byłem stroną umowy zawartej z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

.....

Data

.....

Podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego

II. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że **zostałem(-am) poinformowany(-a)**, że wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym **zostanie rozpatrzony po otrzymaniu planu środków PFRON na rok bieżący i zatwierdzeniu go przez Radę Powiatu Pabianickiego.**

.....

Data

.....

Podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego

Oświadczenie wypełnia się w przypadku ubiegania się o dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego dla opiekuna

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że opiekunem na turnusie będzie osoba:

Imię i Nazwisko opiekuna

adres zamieszkania opiekuna

Przy czym, oświadczam, że osoba będąca opiekunem:

- 1) nie będzie pełniła funkcji członka kadry na turnusie rehabilitacyjnym,
- 2) nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- 3) ukończyła 18 lat* albo 16 i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej*.

.....

Data

.....

Podpis uczestnika turnusu

*niepotrzebne skreślić

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) — zwanej dalej RODO

informuję, że:

- 1) Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach z siedzibą w Pabianicach, ul. gen. Romualda Traugutta 6a, 95-200 Pabianice, reprezentowane przez Dyrektora, adres e-mail: sekretariat@pcpr-pabianice.pl ;
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach, Panem Sylwestrem Krawczykiem jest możliwy pod adresem e-mail: iod@pcpr-pabianice.pl ;
- 3) Dane osobowe Pana/Pani będą przetwarzane w celu przyjmowania wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON oraz przekazywania w tych sprawach informacji, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO, art. 9 ust. 2 lit. b oraz art. 6 ust 1 lit. c RODO w związku z realizacją art. 35a ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573 z późn. zm.);
- 4) Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą podmioty realizujące zadania publiczne oraz bank;
- 5) Dane osobowe Pana/Pani będą przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa, zgodnie z przyjętym w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt, tj. 2 lata od zakończenia sprawy, w przypadku wyrażonej zgody — do czasu realizacji celu, bądź do momentu jej cofnięcia;
- 6) Posiada Pan/Pani prawo do:
 - a) w przypadku wyrażonej zgody, do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych Pani/Pana, prawo do ich sprostowania, usunięcia, przeniesienia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - b) w przypadku danych przetwarzanych na podstawie przepisów prawa, do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych Pani/Pana, prawo do ich sprostowania oraz prawo do ograniczenia przetwarzania.
- 7) Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa;
- 8) Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest niezbędne do uzyskania dofinansowania. Niepodanie danych będzie skutkowało niemożnością realizacji świadczenia. W zakresie danych kontaktowych, tj. numeru telefonu — podanie danych jest dobrowolne.

D Y R E K T O R

Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

mgr Jarosław Grabowski

Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej:

....., dnia r
miejsowość

.....
podpis Wnioskodawcy

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
data

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i Nazwisko.....

PESEL albo numer dowodu tożsamości.....

Adres zamieszkania*

.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**

Wybór 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"/> upośledzenie umysłowe
<input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku	<input type="checkbox"/> padaczka
<input type="checkbox"/> choroba psychiczna	<input type="checkbox"/> inne(jakie?)
<input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia	

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

Nie

Tak — uzasadnienie

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

Uwagi:

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

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

**Właściwie zaznaczyć.

.....
Pieczęć i podpis lekarza wypełniającego wniosek