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:……...

Adres zamieszkania:* ……...

……..

Data urodzenia: …….

Numer 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 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.

** Właściwe zaznaczyć.

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

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: .....

.....

Data urodzenia: .....

ustanowiony przedstawicielem / opiekunem* / pełnomocnikiem*: .....*

.....

postanowieniem Sądu Rejonowego: .....

.....

z dn. ..... sygn. Akt: .....*

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza: .....*

..... z

dn..... repet. nr .....

....

data podpis

przedstawiciela ustawowego
opiekuna prawnego pełnomocnika**

*niepotrzebne skreślić**

Załączniki do wniosku:

*1. **Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne swoje lub** dziecka.*

*2.**Kopia wniosku lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny sporządzony nie wcześniej niż na 1 miesiąc przed datą złożenia wniosku.***

3. Postanowienie sądu potwierdzające opiekuna prawnego, o ile dotyczy.

4. W przypadku osoby pełnoletniej, uczącej się do 26 roku życia - legitymacja szkolna/studencka lub zaświadczenie ze szkoły.

Załącznik nr 1

……..
(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

☐ dysfunkcja narządu słuchu

☐ schorzenia układu krążenia

☐ upośledzenie umysłowe

☐ choroba psychiczna

☐ padaczka

☐ inne (jakie?) ….....……...

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

☐ NIE

☐ TAK – uzasadnienie .....

.....

.....

.....

.....

UWAGI.....

.....

.....

.....

…….....…… ……

(data) (pieczątka i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć

Załącznik 2

…….
(imię i nazwisko opiekuna)

…….
(adres)

…….
PESEL

Oświadczenie

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej Pana/i
podczas turnusu rehabilitacyjnego, oświadczam, iż:
- nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
- nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- ukończyłem/am 18 lat,
- ukończyłem/am 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.*

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych dla potrzeb realizacji przez PCPR zadań ustawowych, zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).

……...
(czytelny podpis opiekuna osoby niepełnosprawnej)

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych PFRON

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie o 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), dalej Rozporządzenie RODO, informujemy że:

* Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Malborku, Plac Słowiański 6, 82-200 Malbork**. Kontakt z Administratorem możliwy jest osobiście lub korespondencyjnie pod wskazanym adresem, telefonicznie pod nr tel. (55) 647 15 45 oraz za pośrednictwem poczty elektronicznej sekretariat.pcpr@powiat.malbork.pl
* Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować w sprawach związanych z ochroną danych osobowych i realizacją praw za pośrednictwem e-mail: iod@mainsoft.pl, oraz pisemnie na adres siedziby Administratora wskazanym w pkt. 1.
* Administrator przetwarza dane osobowe **w ramach postępowania w sprawach świadczeń Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych** zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a lub c Rozporządzenia RODO w celu:

    - wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Administratorze,
    - w pozostałych przypadkach – na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.

W przypadku przetwarzania danych osobowych szczególnej kategorii np. dotyczących zdrowia podstawą przetwarzania jest art. 9 ust. 2 lit. b Rozporządzenia RODO czyli przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej.

Administrator przetwarza dane osobowe w celu wypełnienia obowiązków prawnych w szczególności na podstawie:

- Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych,
- Ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r kodeks postępowania administracyjnego,
- a także przepisów wykonawczych do wskazanych ustaw.

* Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu dla jakiego zostały zebrane, zgodnie z terminami określonymi w obowiązujących w przepisach prawa, w szczególności Ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach a także Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.

* Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane upoważnionym z mocy prawa podmiotom, w tym organom władzy publicznej oraz podmiotom wykonującym zadania publiczne w zakresie i celach wynikających z przepisów prawa, dostawcom systemów IT, z którymi współpracuje Administrator, w celu utrzymania ciągłości oraz poprawności działania systemów, podmiotom prowadzącym działalność pocztową lub kurierską, w celu dostarczenia korespondencji, podmiotom z którymi współpracuje Administrator na podstawie stosownych umów powierzenia przetwarzania danych.
* W związku z przetwarzaniem udostępnionych przez Panią/Pana danych osobowych, w sytuacjach przewidzianych w Rozporządzeniu RODO przysługuje Pani/Panu prawo do: dostępu do swoich danych (art.
15 Rozporządzenia RODO), sprostowania (art. 16 Rozporządzenia RODO), usunięcia (wyłącznie w przypadkach określonych w art. 17 Rozporządzenia RODO), ograniczenia przetwarzania (art. 18 Rozporządzenia RODO).
* W odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych na podstawie wyrażonej zgody przysługuje prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Cofnięcia zgody można dokonać pisemnie na adres siedziby Administratora.
* Podanie danych dla realizacji obowiązków prawnych jest obligatoryjne, a obowiązek podania danych wynika z przepisów prawa. W przypadku przetwarzania danych na podstawie zgody – podanie danych jest dobrowolne.
* W przypadku uznania, że przetwarzanie przez w/w administratora Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną

……

data i czytelny podpis