

UPRZEJMIE INFORMUJEMY, IŻ DO WNIOSKU OSOBA ZAINTERESOWANA MA OBOWIĄZEK DOŁĄCZYĆ:

- KSEROKOPIĘ ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ALBO RÓWNOWAŻNEGO (zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych Dz. U. z 2020 r. poz. 426, 568, 875),
- WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY,
- DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE DOCHÓD NETTO WNIOSKODAWCY ORAZ OSÓB WSPÓLNIE PROWADZĄCYCH GOSPODARSTWO DOMOWE ZA KWARTAŁ POPRZEDZAJĄCY MIESIĄC ZŁOŻENIA WNIOSKU (3 MIESIĄCE WSTECZ) NP. ODCINKI OD RENTY/EMERYTURY, KSEROKOPIA WYCIĄGÓW BANKOWYCH, ZAŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI NETTO RENTY, EMERYTURY, WYNAGRODZENIA ZA PRACĘ ITP.,
- INFORMACJĘ O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO (MOŻNA ZAREZERWOWAĆ TERMIN I WPISAĆ MIEJSCE W INFORMACJI PO PRYZYMNANIU DOFINANSOWANIA),
- INFORMACJĘ O STANIE ZDROWIA ZATRZYMAĆ W DOMU, WYPEŁNIĆ MIESIĄC PRZED WYJAZDEM NA TURNUS I ZABRAĆ ZE SOBĄ DO OŚRODKA,
- ZAŚWIADCZENIE ZE SZKOŁY W PRZYPADKU DZIECI I MŁODZIEŻY DO 24 ROKU ŻYCIA, KTÓRE SIĘ UCZĄ POTWIERDZAJĄCE FAKT PODJĘCIA LUB KONTYNUOWANIA NAUKI,
- INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH DLA WNIOSKODAWCY ORAZ POZOSTAŁYCH PEŁNOLETNICH OSÓB WSPÓLNIE PROWADZĄCYCH GOSPODARSTWO DOMOWE Z WNIOSKODAWCĄ (KAŻDA OSOBA PEŁNOLETNIA WYPEŁNIA ODDZIELNIE),
- DOKUMENT STANOWIĄCY OPIEKĘ PRAWNĄ NAD PODOPIECZNYM – W PRZYPADKU WNIOSKU DOTYCZĄCEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, W IMIENIU KTÓREJ WYSTĘPUJE OPIEKUN PRAWNY,

**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*

.....

Data urodzenia

Telefon 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.

** Właściwie 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

.....
(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"/> 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"/> schorzenie układu krążenia

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

NIE
 TAK - uzasadnienie

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

Uwagi:

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

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.
** Właściwe zaznaczyć.

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

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

Imię i nazwisko uczestnika turnusu.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania*

Rodzaj turnusu.....

termin turnusu: od..... do

Dane organizatora turnusu:

Nazwa i adres z kodem pocztowym

Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus:

Nazwa i adres z kodem pocztowym

Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

OŚWIADCZENIE

Wnioskodawcy o dochodach

Dla: Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Golubiu-Dobrzyniu – w celu realizacji dofinansowania ze środków PFRON.

Ja niżej podpisany(a)
imię i nazwisko

zamieszkały(a): ulica
nr domu nr mieszkania oświadczam, że razem ze mną we
wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Lp.	imię i nazwisko	data urodzenia	stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	dochód miesięczny netto
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
			razem	

Dochód netto przypadający na osobę w mojej rodzinie obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych PFRON dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadań z zakresu rehabilitacji społecznej zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.) oraz z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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).

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., **data**

miejscowość

podpis Wnioskodawcy

*** przeciętny miesięczny dochód netto =** $\frac{\text{łączny dochód netto za 3 miesiące}}{\text{ilość osób na utrzymaniu}}$ **x 3 miesiące**

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko

PESEL albo Nr dokumentu tożsamości.....

Adres

Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

Choroby współistniejące, przebyte operacje

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

Uczulenia.....

.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne

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

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych

.....
.....

Przebyte choroby zakaźne, dotyczy osób do 16 roku życia

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

Szczepienia ochronne (daty) – dotyczy osób do 16 roku życia

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

.....

data, pieczęć, podpis lekarza

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych
(Wnioskujący o dofinansowanie ze środków PFRON na zadania z zakresu
rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych)

1. Administratorem Państwa danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Golubiu -Dobrzyniu z siedzibą w Golubiu - Dobrzyniu ul. Doktora Jerzego Gerarda Koppa 1, 87 - 400 Golub – Dobrzyń- tel.: 56 683 54 76, kom.: 784 301 266, e-mail: pcpr@golub-dobrzyn.com.pl.
2. Państwa dane będą przetwarzane w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze na podstawie art. 6 ust.1 litera c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit b RODO, w związku z **ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i aktów wykonawczych do ustawy**, związanym z przyznaniem dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) na zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych (oraz ich napraw), zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu.
3. Podanie danych jest wymogiem ustawowym i niezbędnym w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie, niepodanie danych może skutkować odmową realizacji dofinansowania.
4. Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, oraz prawo ograniczenia ich przetwarzania.
5. Mają Państwo prawo złożenia skargi na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
6. Dane mogą być udostępniane przez Administratora danych podmiotom upoważnionym do uzyskania informacji na podstawie przepisów prawa, m in. zostaną udostępnione do PFRON, który przetwarza dane wnioskodawców w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
7. Został wyznaczony Inspektor ochrony danych, z którym można kontaktować się poprzez adres e-mail: iod@golub-dobrzyn.com.pl.
8. Pana/Pani dane od momentu pozyskania będą przechowywane przez okres wynikający z regulacji prawnych- kategorii archiwalnej dokumentacji, określonej w jednolitym rzeczowym wykazie akt dla naszej Jednostki.
9. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

.....
data i podpis osoby zapoznającej się z klauzulą informacyjną RODO