

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

1. 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 2024 r. poz. 44 ze zm.),
2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny – załącznik nr 1 do wniosku,
3. Informację o wyborze turnusu rehabilitacyjnego (można zarezerwować termin i wpisać miejsce w informacji po przyznaniu dofinansowania) – załącznik nr 2 do wniosku,
4. Oświadczenie Wnioskodawcy o dochodach – załącznik nr 3,
5. Dokumenty potwierdzające dochód netto wnioskodawcy oraz osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku *, np. odcinki od renty/emerytury, kserokopia wyciągów bankowych, zaświadczenie o wysokości netto renty, emerytury, wynagrodzenia za pracę itp.,
6. Informację o stanie zdrowia (zatrzymać w domu, wypełnić miesiąc przed wyjazdem na turnus i zabrać) – załącznik nr 4,
7. Informację o przetwarzaniu danych osobowych dla wnioskodawcy oraz pozostałych pełnoletnich osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe z Wnioskodawcą (każda osoba pełnoletnia wypełnia oddzielnie) – załącznik nr 5,
8. Zaświadczenie ze szkoły w przypadku dzieci i młodzieży do 24 roku życia, które się uczą, potwierdzające fakt podjęcia lub kontynuowania nauki,
9. Kserokopię dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny.

** Dochody za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, tj. za:*

- I kwartał (styczeń-marzec) – dotyczy wniosków złożonych w miesiącach kwiecień-czerwiec

- II kwartał (kwiecień-czerwiec) – dotyczy wniosków złożonych w miesiącach lipiec-wrzesień

- III kwartał (lipiec-wrzesień) – dotyczy wniosków złożonych w miesiącach październik-grudzień

- IV kwartał (październik-grudzień roku poprzedniego) – dotyczy wniosków złożonych w miesiącach styczeń-marzec

**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
Numer orzeczenia :

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, wynosi..... 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:

.....

Numer telefonu:

Adres email:

Data urodzenia:

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

.....

postanowieniem Sądu:

.....

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 **

- | | |
|---|--|
| ☐ dysfunkcja narządu ruchu | ☐ upośledzenie umysłowe |
| ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | ☐ choroba psychiczna |
| ☐ dysfunkcja narządu wzroku | ☐ padaczka |
| ☐ dysfunkcja narządu słuchu | ☐ inne (jakie?) |
| ☐ schorzenia układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- ☐ NIE
- ☐ TAK – uzasadnienie

UWAGI

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć

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.			<u>Wnioskodawca</u>	
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
			razem	

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

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia
miejscowość data podpis Wnioskodawcy

**przeciętny miesięczny dochód netto
przypadający na jedną osobę pozostającą
we wspólnym gospodarstwie domowym
z Wnioskodawcą**

=

łączny przeciętny miesięczny dochód netto wykazany
w wierszu „Razem” w powyższej tabeli

liczba osób w gospodarstwie domowym

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