

**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:

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,
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)

**Informacje uzupełniające do wniosku
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 LEKARSKI NA TURNUS REHABILITACYJNY

Nazwisko i Imię

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

Konieczność pobytu o p i e k u n a na turnusie **

- NIE
- TAK-uzasadnienie
-
-
-

Uwagi :

.....

.....

.....

.....

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

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

.....
(Imię i nazwisko Wnioskodawcy
lub Opiekuna prawnego)

.....
(Miejscowość , data)

.....
(adres)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/na świadomy/ma odpowiedzialności karnej, grożącej mi za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą na podstawie art. 233 Kodeksu Karnego, oświadczam, że:

1. nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.*
2. będę uczestniczył/ła w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybiorę.
3. nie będę pełnił/ ła funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.*
4. w przypadku turnusu, którego program przewiduje także zabiegi fizjoterapeutyczne, przedstawię podczas pierwszego badania lekarskiego na turnusie zaświadczenie lekarskie o aktualnym stanie zdrowia, w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach,*
5. moim opiekunem/ opiekunem mojego dziecka * na turnusie będzie:

.....
(Imię i nazwisko, Adres opiekuna)

6. wyżej wymieniony opiekun:

- nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
- nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- ukończył 18 lat* lub
- ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej *

SYTUACJA SPOŁECZNA/ZAWODOWA/MIESZKANIOWA

Jestem:**

- zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- Osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiując,
- Bezrobotny poszukujący pracy/rencista poszukujący pracy
- Rencista/emeryt, nie zainteresowany podjęciem pracy
- Dziecko i młodzież do 18 lat

Zamieszkuje:**

- Samotnie z rodziną z osobami niespokrewnionymi

Zaspakajanie codziennych życiowych potrzeb**

- Samodzielnie z pomocą osoby drugiej

7. * niewłaściwe skreślić

8. * właściwe zaznaczyć

**Przyjmuję do wiadomości! że złożony przeze mnie wniosek na dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym zostanie rozpatrzony po przyjęciu przez Radę Powiatu w Jarosławiu uchwały w sprawie określenia zadań z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz wysokości środków PFRON przeznaczonych na poszczególne zadania .
O dalszym toku postępowania poinformujemy odrębnym pismem. Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.**

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy
lub Opiekuna prawnego)

.....
podpis pracownika socjalnego

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej 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 społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Klauzula informacyjna dla klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Jarosławiu dotycząca realizacji obowiązków wynikających z przepisów prawa.

Zgodnie z dyspozycją 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) (Dz.U. UE. Z 2016r. L119, poz. 1)

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jarosławiu informuje, że:

1. Administratorami Pani/Pana danych osobowych są:

1) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Jana Pawła II 17 w Jarosławiu (37- 500), tel.: 16 624 62 85, adres e-mail: sekretariat@pcpr-jaroslaw.pl. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem siedziby Administratora, jak również pod numerem telefonu 16 624 62 27 oraz adresem poczty elektronicznej: iod @ powiat. jaroslaw.pl

a) Pani/Pana dane osobowe będą/są przetwarzane na podstawie obowiązku wynikającego z art. 35a ust 1 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 573 z późn. zm.), w celu rozpatrzenia i realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków finansowych PFRON.

2) Państwowy Fundusz Rehabilitacyjny Osób Niepełnosprawnych z siedzibą przy al. Jana Pawła III 13 w Warszawie (00-828). Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem siedziby Administratora, jak również pod numerem telefonu 22 50 55 500 oraz adresem poczty elektronicznej: iod @ pfron.org.pl

a) Pani/Pana dane osobowe będą/są przetwarzane w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji zadań z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej realizowanych przez PCPR, na które przeznaczają się środki finansowe PFRON, a także do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.

Dane osobowe przetwarzane będą/ są w ściśle określonym, minimalnym zakresie niezbędnym do osiągnięcia celu, o którym mowa powyżej.

2. Przetwarzane przez Administratora Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celu dla którego zostały zebrane oraz zgodnie z terminami archiwizacji określonymi przez ustawy (ustawy szczególne), ustawę z dnia 14 lipca 1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2020 r. poz. 164 z późn. zm.) oraz Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych nie dłużej niż 5 lat.

3. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

4. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych na podstawie przepisów prawa.

6. Podawanie danych osobowych w zakresie wymaganym obowiązującymi przepisami prawa jest obligatoryjne.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis