

Nr sprawy

**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*
Numer telefonu
Data urodzenia
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 w zakładzie pracy chronionej** Tak Nie

Imię i nazwisko opiekuna
(wypełnić, jeżeli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

OŚWIADCZENIE

Niniejszym 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)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć

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

Wypełnia PCPR

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie **

- Nie
- Tak - uzasadnienie
.....
.....
.....
.....

Uwagi:

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** właściwe zaznaczyć

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

Oświadczenie Osoby Niepełnosprawnej

o spełnianiu przez osobę niepełnosprawną warunków określonych w § 4 ust. 1 pkt 5 i 6 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230 poz. 1694 ze zm.)

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że:

- nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na turnusie rehabilitacyjnym ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu,
- zobowiązuję się uczestniczyć w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybiorę,
- w roku, w którym ubiegam się o dofinansowanie, nie uzyskałam na ten cel dofinansowania ze środków PFRON, nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/-a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym za pośrednictwem innego samorządu powiatowego.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

Oświadczenie Wnioskodawcy dot. Opiekuna Osoby Niepełnosprawnej

o spełnianiu przez opiekuna osoby niepełnosprawnej na turnusie warunków określonych w § 4 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230 poz. 1694 ze zm.)

Oświadczam, że moim opiekunem na turnusie będzie:

....., zam.
(imię i nazwisko opiekuna) (adres zamieszkania opiekuna)

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że mój opiekun na turnusie rehabilitacyjnym:

- a) nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
- b) nie jest osobą niepełnosprawną, wymagającą opieki innej osoby,
- c) ukończył 18 lat*

ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny*

* właściwe zaznaczyć

.....
(data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy/Przedstawiciela
ustawowego/Opiekuna prawnego/ Pełnomocnika

.....
(Imię i nazwisko)

.....
.....
(adres zamieszkania)

Oświadczenie Opiekuna Osoby Niepełnosprawnej

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

zobowiązuję się do sprawowania nad nią opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego.

Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) Nie jestem osobą niepełnosprawną, wymagającą opieki innej osoby.
- 2) Nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie rehabilitacyjnym wskazanym w informacji o turnusie, ani też nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.

3) ukończyłem/-łam 18 lat*

ukończyłem/-łam 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej*

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

.....
(Imię i nazwisko)

.....
.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

o pobieraniu nauki i niewykonywaniu pracy *(dotyczy osoby niepełnosprawnej w wieku od 16 do 24 lat)*

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że uczę się i nie pracuję.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis składającego oświadczenie
- przedstawiciel osoby niepełnosprawnej wskazuje,
że składa oświadczenie w imieniu tej osoby)

KLAUZULA INFORMACYJNA
od 25 maja 2018 r.

zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Jaśle (PCPR) jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jaśle reprezentowane przez Dyrektora z siedzibą przy ul. Rynek 18, 38 - 200 Jasło, Dane kontaktowe: dyrektor@pcprjaslo.info, tel.: 13 448 34 40.
2. Dane kontaktowe do Inspektora ochrony danych osobowych: iod@bdo24.eu
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań i obowiązków nałożonych na Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jaśle, tj. w celu uzyskania dofinansowania ze środków PFRON.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b, c i lit. e, art. 9 ust. 2 lit. b RODO tj. wypełnienie obowiązków prawnych oraz zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz realizacja umowy.
5. Wnioskowanie o uzyskanie dofinansowania jest dobrowolne, tym samym podanie danych osobowych jest dobrowolne. Podanie danych osobowych jest konieczne w przypadku składania wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON. Niepodanie danych skutkuje brakiem możliwości udzielenia dofinansowania.
6. Odbiorcami danych osobowych, w posiadaniu których będzie PCPR mogą być wyłącznie podmioty i inne orany publiczne, które posiadają dostęp do danych na podstawie przepisów powszechnie obowiązujących, w tym Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Więcej informacji można uzyskać kontaktując się z administratorem.
7. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Dane osobowe będą przechowywane wyłącznie przez okres do osiągnięcia celu przetwarzania oraz okres archiwizacji wymagany dla danej kategorii danych przez obowiązujące przepisy prawa, tj. kat. B-10 (10 lat). Więcej informacji można uzyskać kontaktując się z administratorem.
9. Osoba, której dotyczą dane osobowe ma prawo żądania: dostępu do swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec przetwarzania, jeżeli zachodzą przesłanki do tych uprawnień.
10. Jeżeli przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody, przysługuje także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
11. W przypadku niezgodnego z prawem przetwarzania danych osobowych przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie.
12. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również nie będą podlegać profilowaniu.

Potwierdzam zaznajomienie się z powyższą klauzulą

.....
Imię i nazwisko

.....
podpis
.....