

Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie 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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,

- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

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*)

Informacje uzupełniające do wniosku

DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu:

Adres e-mail:

.....
(data)

.....
(podpis)

* 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"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
- TAK – uzasadnienie
-
-
-
-

UWAGI

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęćka 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)