



**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)

1. Dane dotyczące wnioskodawcy:

Imię i nazwisko:

PESEL (albo numer dokumentu tożsamości):data urodzenia.....

Adres zamieszkania*:

[] wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. nr telefonu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wałbrzychu w celu kontaktowania się ze mną w sprawach związanych z dofinansowaniem do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym: Numer telefonu:

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 samodzielnej egzystencji [] o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym
- 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 tylko, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

2. 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, wynosiłzł. Liczba osób wspólnie zamieszkałych wynosi:

Sposób wyliczenia średniego miesięcznego dochodu przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

$$\frac{\text{średni miesięczny dochód przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą}}{\text{liczba osób w gospodarstwie domowym}} = \frac{\text{łączny średni miesięczny dochód wszystkich osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym}}{\text{liczba osób w gospodarstwie domowym}}$$

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych wynikającej z Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. Nr 88 poz. 553 ze zm.) O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.
Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia. Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

Do wniosku należy dołączyć:

1. Kopia orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. (oryginał do wglądu),
2. W przypadku kiedy wniosek składany jest przez pełnomocnika, opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego, należy przedłożyć kopię postanowienia Sądu Rejonowego lub pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza (oryginał do wglądu),
3. W przypadku, kiedy osoba niepełnosprawna składająca wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON nie może podpisać się na wniosku (lecz mogąca czytać), wtedy należy dołączyć do wniosku:
 - a. kopię dowodu osobistego Wnioskodawcy (oryginał do wglądu),
 - b. odcisk atramentowy palca Wnioskodawcy stawianego w miejscu podpisu,
 - c. czytelny podpis pod odciskiem Wnioskodawcy, złożony przez osobę, która potwierdza, że jest to odcisk Wnioskodawcy.

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....
(data)

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 w zakresie.....	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu słuchu	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu wzroku	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Upośledzenie umysłowe	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Choroba psychiczna	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Padaczka	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Schorzenie układu krążenia	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne, jakie	pieczęćka, nr i podpis lekarza
Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:		
<input type="checkbox"/>	NIE	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	TAK – uzasadnienie	pieczęćka, nr i podpis lekarza

*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

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 dnia sygn. Akt:*

na mocy pełnomocnictwa potwierdzanego przez Notariusza:*

.....

z dnia repetytorium nr:

.....

data

.....

podpis

przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego
pełnomocnika*

*niepotrzebne skreślić

Klauzula informacyjna

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

Informujemy, że:

1. Administratorem danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wałbrzychu z siedzibą przy Al. Wyzwolenia 20-24, 58-300 Wałbrzych.
2. Podane dane są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO – przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze oraz art. 9 ust. 2 lit. b) RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora w dziedzinie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej, które wynikają z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz.U. Nr 230, poz. 1694, z 2014 r. poz. 1937).
3. Dane osobowe przetwarzane są w celu udzielenia dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia danych (w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa) lub ograniczenia przetwarzania danych, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).
5. W przypadku przetwarzania danych na podstawie udzielonej zgody, przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
6. Pani/Pana dane osobowe możemy udostępniać Organizatorowi turnusu rehabilitacyjnego, Ośrodkowi, w którym odbywa się turnus rehabilitacyjny oraz Starostwu Powiatowemu.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą podległy profilowaniu.
8. Podanie danych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego nie jest obowiązkowe, ale jest warunkiem niezbędnym do rozpatrzenia Pani/Pana wniosku. Wynika to stąd, że Administrator może żądać ich podania na podstawie przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz wydanych do niej przepisów wykonawczych. Podanie danych na podstawie udzielonej zgody jest dobrowolne i ich niepodanie nie ma wpływu na rozpatrzenie Pani/Pana wniosku o udzielenie dofinansowania do udziału w turnusie rehabilitacyjnym.
9. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny z Zarządzeniem Dyrektora nr 35 z dnia 14 grudnia 2010 r.
11. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych u Administratora:
Adres e-mail: iod@pcpr.walbrzych.pl
Nr telefonu: 698 054 582
Adres do korespondencji: Al. Wyzwolenia 20 – 24, 58 – 300 Wałbrzych.