



Data wpływu:.....

Nr sprawy: PCPR.ZOAR.720.....

Nr sprawy: PCPR.ZOAR.721.....

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)

I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:

Imię i nazwisko: PESEL

Adres zamieszkania, ulica nr domu nr lokalu.....

nr kodu poczta Numer telefonu:

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

II. POSIADANE ORZECZENIE

Numer orzeczenia: **

- 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)

III. 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:

Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

w tym osób niepełnosprawnych

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

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

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)

Klauzula RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tożsamość administratora.

Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wałbrzychu, 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

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),
opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania *

Numer telefonu

Adres email

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

Wymagane załączniki do wniosku

w przypadku wymaganych kserokopii oryginały dokumentów należy przedstawić do wglądu	
1.	Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, orzeczenia do celów rentowych lub kopia wypisu z treści orzeczenia
2.	Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny (załącznik nr 1) winien być sporządzony nie wcześniej niż na 1 miesiąc przed datą złożenia wniosku
3.	W przypadku osób w wieku od 16 lat do-24 lat uczących się i niepracujących zaświadczenie o pobieraniu nauki wystawione przez szkołę lub uczelnię
4.	W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - kserokopia zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego
5.	W przypadku reprezentowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika – kserokopia pełnomocnictwa poświadczanego przez notariusza;

.....
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....
(data)

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko.....

PESEL

Adres zamieszkania

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

*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.