

WNIOSEK
o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON uczestnictwa
w turnusie rehabilitacyjnym

Dane osoby niepełnosprawnej: (wypełnić drukowanymi literami)

Imię i nazwisko

PESEL.....

Adres(miejsce pobytu*)

Data urodzenia

Numer telefonu.....e-mail :

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.....

POSIADANE ORZECZENIE ** (w załączeniu kopia)		
Stopień niepełnosprawności :		
<input type="checkbox"/> znacznym	<input type="checkbox"/> I grupa	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji
<input type="checkbox"/> umiarkowanym	<input type="checkbox"/> II grupa	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy
<input type="checkbox"/> lekkim	<input type="checkbox"/> III grupa	<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy
<input type="checkbox"/> o niepełnosprawności (do 16 roku życia)		
termin ważności orzeczenia	<input type="checkbox"/> trwale	<input type="checkbox"/> czasowe do

Korzystałam/em z dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON **

• Nie • Tak (podać rok)

Jestem zatrudniona/y w zakładzie pracy chronionej ** • Tak • Nie

Dane osoby, która będzie pełnić rolę opiekuna na turnusie :

Imię i nazwisko opiekunaPESEL

(wypełnić, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

W/w opiekun pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym *

• Tak • Nie

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych***, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za **kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku,** wynosi :

.....zł/osobę

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.

* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

** właściwe zaznaczyć

***Ustawa z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t. j. Dz.U. z 2020 r. poz. 111 z późn. zm.)

Oświadczam, że:

1. Nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie byłem/am w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
2. Dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art.6 ust.1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)2016/79 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).
4. Zapoznałem/em się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobie przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania zgodnie z art.13 ust 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia, sporządzonego przez lekarza, pod którego opieką się znajduję*.

.....
(Miejscowość i data)

.....
(podpis Wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego/pełnomocnika)**

Przedstawiciel ustawowy(dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik:

Imię i nazwisko.....

PESEL

Adres zamieszkania:

miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....

nr kodu.....-.....poczta.....powiat.....

województwo nr tel./faxu (z nr kier.)

ustanowiony Opiekunem/ Pełnomocnikiem**.....

(postanowieniem Sadu Rejonowego z dnia sygn. akt /na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza**.....z dnia.....repet.Nr.....)

Wypełnia PCPR:

.....
Data wpływu wniosku do PCPR

.....
Pieczęć PCPR i podpis pracownika

* Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

** właściwe zaznaczyć

Oświadczenie Wnioskodawcy

W związku ze złożonym przeze mnie wnioskiem o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym oświadczam, że :

1. W roku bieżącym nie uzyskałam/em dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON,
2. Dokonam wyboru ośrodka i organizatora turnusu posiadającego odpowiednio wpis do rejestru ośrodków i organizatorów turnusów obejmujący okres trwania turnusu, zgodnie z informacją zawartą na stronie internetowej: <http://empatia.mpips.gov.pl> ,
3. Będę uczestniczyć w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybiorę,
4. Nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.

Przyjmuje do wiadomości, że:

1. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych dla powiatu leskiego na rok 2021 i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.
2. Pierwszeństwo w uzyskaniu dofinansowania mają:
 - osoby niepełnosprawne, które posiadają orzeczenie o zaliczeniu do znacznego i umiarkowanego stopnia niepełnosprawności albo równoznaczne
 - osoby niepełnosprawne w wieku do 16 lat albo w wieku do 24 lat uczące się i niepracujące bez względu na stopień niepełnosprawności
3. Szczegółowe zasady przyznawania dofinansowania określają „Wytyczne do rozpatrywania wniosków (...) w 2021 r.”
4. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnacje należy zgłaszać do tutaj. PCPR w formie pisemnej.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym :

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis Wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego/
pełnomocnika) *

Oświadczenie opiekuna

W związku z funkcją opiekuna, jaką będę pełnił na turnusie rehabilitacyjnym wobec osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym.....
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

oświadczam, że :

1. nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
2. nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
3. jestem osobą pełnoletnią, lub:
4. ukończyłem/am 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej
5. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej zgodnie z art.13 ust.1 i 2 w/w rozporządzenia.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis opiekuna)

Załączniki:

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 lub art. 62 ustawy*, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przed dniem 1 stycznia 1998 r. - **(oryginał do wglądu)**
2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny winien być sporządzony nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą złożenia wniosku.
3. W przypadku osób uczących się, które ukończyły 16-24 rok życia – zaświadczenie ze szkoły lub z uczelni o kontynuowaniu nauki.
4. Kopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny/pełnomocnik.

* właściwie zaznaczyć

** Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. 2020 poz.426 z późn. zm.)

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 ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....

.....

(data)

(czytelny podpis wnioskodawcy)

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

WYPEŁNIA PCPR

Wskazany organizator posiada wpis do rejestru organizatorów	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Wskazany ośrodek posiada wpis do rejestru ośrodków	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Ośrodek przyjmuje osoby niepełnosprawne ze schorzeniem występującym u Wnioskodawcy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
.....		
Miejscowość, data	podpis pracownika PCPR	

.....
(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"/> schorzenia układu krążenia | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) |

.....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- Nie
- Tak – uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć.

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)

Klauzula Informacyjna dla klientów

Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lesku

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1) Administratorem Państwa danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lesku (PCPR) z siedzibą ul. Rynek 1, 38-600 Lesko. Mogą się Państwo z nami kontaktować w następujący sposób: listownie na adres siedziby administratora, e-mailem; pcpr@powiat-leski.pl lub telefonicznie 13 493 90 95

2) W sprawach dotyczących przetwarzania Państwa danych osobowych, w tym realizacji Państwa praw mogą się Państwo kontaktować z wyznaczonym przez nas inspektorem ochrony danych (IOD) w następujący sposób: listownie na adres siedziby administratora lub e-mailem; iod@powiat-leski.pl

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań PCPR w Lesku na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie art. 9 ust.1 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz

- realizacji zadań wynikających z ustawy o pomocy społecznej (Dz.U. z 2020 r.poz.1876 z późn. zm.)

- realizacji zadań z zakresu rehabilitacji społecznej finansowane z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426 z późn. zm.)

- realizacji zadań z zakresu ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2020 r.poz.821 z późn. zm.);

- realizacji zadań wynikających z ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U z 2020 poz.956 z późn. zm.)

4) Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa (np. policja, sądy) oraz podmiotom zewnętrznym współpracującym z administratorem i świadczącym usługi w zakresie obsługi administracyjnej, informatycznej, prawnej, księgowej (np. banki, operatorzy pocztowi, firmy archiwizujące dokumenty)

5) Zebrane dane będą przetwarzane do momentu wygaśnięcia podstawy prawnej przetwarzania, z wyłączeniem celów statystycznych, archiwalnych i zabezpieczenia przyszłych roszczeń Administratora danych. W przypadku danych osobowych przetwarzanych na podstawie przepisów prawa dane będą przetwarzane przez okres wynikający z przepisów, w tym ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych. W przypadku danych osobowych przetwarzanych na podstawie zgody dane będą przetwarzane przez okres obowiązywania zgody, tj. do czasu jej odwołania.

6) Posiadacie Państwo, w przypadkach określonych przepisami, prawo dostępu do treści swoich danych i danych podopiecznego oraz otrzymywania ich kopii, prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania przy czym przepisy odrębne mogą wyłączyć możliwość skorzystania z tego prawa, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do odwołania zgody na przetwarzanie danych podanych dobrowolnie w każdym czasie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Posiadacie Państwo również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

7) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłanką do przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa. W sytuacji gdy podanie danych jest obowiązkowe do załatwienia określonej kategorii spraw konsekwencją nie podania danych osobowych będzie brak możliwości podjęcia skutecznych działań. Natomiast w sytuacji gdy przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody osoby której dane dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych ma charakter dobrowolny.

8) Profilowanie. Pana/Pani dane osobowe nie będą poddawane profilowaniu. Państwa dane osobowe nie będą również wykorzystywane do automatycznego podejmowania decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

.....
czytelny podpis osoby informowanej