

Data wpływu:

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 Data urodzenia

Adres zamieszkania *

Numer telefonu e-mail

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym: od dnia 2025 r. do dnia 2025 r.

POSIADANE ORZECZENIE **			
a) o stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> znacznym	<input type="checkbox"/> umiarkowanym	<input type="checkbox"/> lekkim
b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III
c) <input type="checkbox"/> o całkowitej <input type="checkbox"/> o częściowej niezdolności do pracy			
<input type="checkbox"/> o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym			
<input type="checkbox"/> o niezdolności do samodzielnej egzystencji			
d) <input type="checkbox"/> 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

Jestem osobą w wieku 16-24 lat ucząca się i niepracującą ** Tak (wymagane zaświadczenie) Nie

Imię i nazwisko opiekuna

(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

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, wynosił**

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.***

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach 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.

.....
(data) (czytelny podpis Wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć.

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

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 dn.sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

zn. repet. Nr

.....
data

.....
podpis przedstawiciela ustawowego* opiekuna prawnego* pełnomocnika*

* *niepotrzebne skreślić*

LISTA WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW

1. Kopia orzeczenia lub wypis z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych [Dz.U.2024.44], 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 wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.
2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny. **Załącznik nr 1**
3. Zaświadczenie ze szkoły lub z uczelni w przypadku osób niepełnosprawnych w wieku 16-24 lat uczących się i niepracujących.
4. Kopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym w przypadku wniosku dot. osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny/pełnomocnik.
5. Oświadczenie opiekuna osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym, jeśli lekarz uzna pobyt opiekuna za konieczność. **Załącznik nr 2**
6. Klauzula Informacyjna dla Klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lesku. **Załącznik nr 3**

Podstawa prawna:

Rozporządzenie MPiPS z dnia 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych [Dz. U. 2007. 230.1694 z późn. zm.]

Ustawa z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych [Dz.U.2024.1238 z późn. zm.]

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY
(WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE W JĘZYKU POLSKIM)

Imię i nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania*

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:**

-
- dysfunkcja narządu ruchu
 - osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
 - upośledzenie umysłowe
 - dysfunkcja narządu wzroku
 - padaczka
 - choroba psychiczna
 - schorzenia układu krążenia
 - inne (jakie?)
-

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:**

- Nie
- Tak – uzasadnienie

.....

Uwagi:

.....

.....
data

.....
pieczęćka i podpis lekarza

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
** właściwe zaznaczyć

DANE OPIEKUNA: (jeśli dotyczy)



.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

PESEL:

Data urodzenia:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

Oświadczenie opiekuna

W związku z funkcją opiekuna, jaką będę pełnił na turnusie wobec osoby niepełnosprawnej:

.....
(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. ukończyłam/em 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 oraz zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 w/w rozporządzenia.

miejsowość, dnia

.....
(podpis opiekuna)

* właściwie zaznaczyć

**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 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 2024 r. poz. 44 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 wykluczyć 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.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis)