

Wniosek przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

Imię i nazwisko
PESEL albo numer tożsamości
Data urodzenia..... telefon
Adres zamieszkania *
Adres do korespondencji
Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

Dane przedstawiciela ustawowego

Imię i nazwisko
PESEL telefon.....
Adres zamieszkania
Ustanowiony opiekun, pełnomocnik (odpowiednie podkreślić)
Postanowieniem Sądu Rejonowego.....z dnia.....sygn.Akt...../
na mocy pełnomocnictwa udzielonego przez Notariusza z dnia..... repet. nr.....

POSIADANE ORZECZENIE:**

- a) o stopniu niepełnosprawności: znacznym umiarkowanym lekkim
 osoba w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności
- b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów: I II III
 o całkowitej niezdolności do pracy o częściowej niezdolności do pracy
 o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym o niezdolności do samodzielnej egzystencji o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia.
- c) rodzaj niepełnosprawności: narząd ruchu narząd słuchu i mowy narząd wzroku
 deficyt rozwojowy inne

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, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił złotych (dodajemy dochód wszystkich członków rodziny uzyskany w ostatnim kwartale, dzielimy na trzy miesiące, uzyskaną kwotę dzielimy na liczbę osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe).

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***

.....
(data)

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy lub
przedstawiciela ustawowego

UWAGA:

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** właściwe zaznaczyć

*** dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

Do wniosku należy dołączyć kopię ważnego orzeczenia

Wypełnia PCPR

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

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

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/danych osobowych mojego dziecka, danych osobowych mojego podopiecznego dla potrzeb niezbędnych w otrzymaniu dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zgodnie z art. 6 ust. 1 lit.a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

O Ś W I A D C Z E N I E

o spełnieniu przez osobę niepełnosprawną warunków określonych w § 4 ust.1 pkt 5 i 6 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r 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 wybranym turnusie rehabilitacyjnym i nie będę opiekunem innej osoby niepełnosprawnej na tym turnusie
Zobowiązuję się uczestniczyć w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybiorę:

.....
(data i czytelny osoby niepełnosprawnej lub przedstawiciela ustawowego)

O Ś W I A D C Z E N I E OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

o spełnieniu przez osobę niepełnosprawną warunków określonych w § 4 ust.2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1694 ze zm.)

Imię i nazwiskoPESEL
Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że: jako opiekun/ka osoby niepełnosprawnej
a) nie będzie pełnił członka kadry na tym turnusie,
b) nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby ,
c) ukończył 18 lub, ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

.....
(data i czytelny podpis składającego oświadczenia)

O Ś W I A D C Z E N I E

o pobieraniu nauki i nie wykonywaniu 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 pracuję /uczę się i nie pracuję.

.....
(pieczęć zakładu)

.....
(data i czytelny podpis składającego oświadczenia)

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego)

WNIOSEK LEKARSKI O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA TURNUSU

.....
PESEL albo numer 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"/> schorzenie 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

.....
Podpis i pieczęć lekarza

Informacja dotycząca sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym i jej potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych

I. Dane osobowe

Imię i nazwisko.....

PESEL

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

II. Dane opiekuna prawnego lub pełnomocnika

Imię i nazwisko.....

PESEL

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

III. Sytuacja rodzinna* - osoba zamieszkująca : samotnie, z rodziną,

IV Źródła utrzymania:* wynagrodzenie za pracę, renta, emerytura, zasiłki z pomocy społecznej, pomoc finansowa rodziny lub inne świadczenia - jakie.....

V. Możliwość samodzielnego funkcjonowania:*

- wykonywanie czynności samoobsługowych: samodzielnie, z pomocą,

- prowadzenie gospodarstwa domowego: samodzielnie, z pomocą,

- poruszanie się w środowisku: samodzielnie, z pomocą,

VI. Potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych:*

- wyrabianie zaradności osobistej, poprawa samoobsługi: tak, nie,

- nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych: tak, nie,

- pobudzanie aktywności społecznej, przywracanie utraconych zdolności do pełnienia ról społecznych: tak, nie,

- realizacja i rozwijanie zainteresowań: tak, nie,

Świadoma(y) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą.

* właściwe zaznaczyć

Hajnówka, dnia

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Wypełnia PCPR

Na podstawie złożonych dokumentów dokonałam/em oceny sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej i jej potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych.

Wniosek opiniuję: **pozytywnie, negatywnie**

Hajnówka, dnia

.....
(podpis pracownika socjalnego)

**KLAUZULA INFORMACYJNA
(WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON)**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (dalej: RODO) informuję, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz dziecka jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Hajnówce, ul. marsz. J. Piłsudskiego 10 a, 17-200 Hajnówka, numer kontaktowy: 85 – 682-59-83, zwany dalej Administratorem.

Inspektorem Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Hajnówce jest Pani Iwona Malczyk, email:malczyk@togatus.pl, numer kontaktowy: 506-358-200.

Podstawą do przetwarzania danych jest art. 6 ust.1 pkt. c rozporządzenia.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Hajnówce przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie art. 35 a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r., poz. 100 z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25.06.2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015, poz. 926) oraz rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2004 roku, w sprawie warsztatów terapii zajęciowej (Dz.U. poz. 587) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 r., Nr 230, poz. 1694 z późn. zm.) w celu:

Dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym,

Dofinansowania sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych,

Dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny,

Dofinansowania zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,

Dofinansowania likwidacji barier architektonicznych w komunikowaniu się i technicznych,

Dofinansowania tworzenia i działania warsztatów terapii zajęciowej.

W związku z przetwarzaniem danych osobowych w celach, o których mowa wyżej odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:

Organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;

Inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Hajnówce przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest tutejsze Centrum.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych wyżej, a po tym czasie przez okres 10 lat.

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:

Prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;

Prawo do żądania sprostowania (poprawienia) danych osobowych;

Prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych;

Prawo do przenoszenia danych.

Podanie danych jest wymogiem ustawowym, niepodanie danych będzie przeszkodą do rozpatrzenia wniosku.

Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

Powiatowe Centrum Pomocy w Hajnówce nie przekazuje danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Informujemy ponadto, że jeżeli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Hajnówce Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy rozporządzenia i obowiązujące w tym zakresie przepisy prawa, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – tj. Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Warszawie (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2).

