

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

Adres zamieszkania*

Data urodzenia

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

Nr tel.

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 pracy w gospodarstwie rolnym o niezdolności do samodzielnej egzystencji
- 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, 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 zł.

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)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwie zaznaczyć.

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

Wypełnia PCPR

(data wpływu wniosku do PCPR)

(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

Dodatkowe oświadczenia i informacje dotyczące osoby niepełnosprawnej*

1	Osoba niepełnosprawna, której dotyczy wnioszek jest:	
	a) osobą uczącą się i niepracującą (jeśli TAK, należy podać poniżej nazwę i adres szkoły lub uczelni)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
	b) uczestnikiem warsztatów terapii zajęciowej lub podopiecznym ośrodka wsparcia, środowiskowego domu samopomocy, domu pomocy społecznej (jeśli TAK, należy podać poniżej nazwę i adres placówki)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
	c) aktywna zawodowo (tj. zatrudniona lub zarejestrowana w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna bądź poszukująca pracy)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
2	Osoba niepełnosprawna, której dotyczy wnioszek, ma potrzeby w sferze rozwijania umiejętności społecznych:	
	a) rozwijania osobistej zaradności (w tym samoobsługi)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	b) aktywniejszego uczestnictwa w życiu społecznym (np. poprzez przywrócenie umiejętności potrzebnych do pełnienia ról w społeczeństwie)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	c) samorealizacji oraz rozwijania swoich zainteresowań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	d) nawiązywania, utrzymywania i rozwijania relacji z innymi osobami (w tym umiejętności sprawnego komunikowania się) oraz współpracy w grupie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	e) integracji społecznej (wynikająca np. z poczucia wykluczenia)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	f) pełniejszego uczestnictwa w życiu kulturalnym	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
3	<p>Oświadczam, że funkcję opiekuna na wybranym przeze mnie turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON pełnić będzie</p> <p>(nr PESEL:), osoba ta:</p> <ol style="list-style-type: none"> nie będzie pełnił(a) funkcji członka kadry¹ na wskazanym turnusie, nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby, nie jest posiadaczem orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności bądź równoważnego, ukończyła 18 lat / ukończyła 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny uczestnika turnusu** 	

* właściwe zaznaczyć „X”

** niepotrzebne skreślić

.....
(podpis wnioskodawcy)

¹ Zgodnie z § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 r. Nr 230, poz. 1694 z późn. zm.) **w skład kadry „...wchodzi w szczególności:**

a) kierownik odpowiedzialny za przebieg danego turnusu,

b) pielęgniarka,

c) specjalista do spraw rehabilitacji ruchowej,

d) specjalista do spraw rekreacji,

e) pedagog lub inna osoba posiadająca przygotowanie pedagogiczne w przypadku turnusów organizowanych dla dzieci niepełnosprawnych lub osób z upośledzeniem umysłowym,

f) psycholog lub lekarz psychiatra w przypadku turnusów organizowanych dla osób z chorobą psychiczną,

g) tłumacz języka migowego w przypadku turnusów organizowanych dla osób z dysfunkcją narządu słuchu,

h) inni specjaliści w zależności od potrzeb wynikających z programu danego turnusu lub niepełnosprawności uczestników tego turnusu”.

Klauzula informacyjna z art. 13 RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), zwanego dalej „RODO”,
poinformowano mnie, że:

- 1) administratorem moich danych osobowych / i danych osobowych mojego podopiecznego: jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Nowym Dworze Mazowieckim przy ul. Chemików 6, zwane dalej Administratorem oraz, że Administrator prowadzi operacje przetwarzania moich danych osobowych oraz mojego podopiecznego (o ile dotyczy),
- 2) inspektorem danych osobowych u Administratora jest Magdalena Sędek, e-mail: iod@pcprndm.pl,
- 3) moje dane osobowe (i ewentualnie dane osobowe ww. podopiecznego) przetwarzane będą w celu realizacji zadania powiatu – dofinansowanie uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz. U. z 2020 r. poz. 426 z późn. zm.), ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) oraz rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 r. Nr 230, poz. 1694 z późn. zm.); w tym w celu wydawania rozstrzygnięć i ich realizacji. Dane osobowe będą udostępniane osobom lub podmiotom, które wykażą podstawę prawną dostępu do tych danych,
- 4) podstawą przetwarzania moich danych osobowych (i ewentualnie danych osobowych ww. podopiecznego) przez Administratora jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- 5) podanie danych jest niezbędne do realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w tym w celu wydawania rozstrzygnięć i ich realizacji, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest wykonanie ww. czynności,
- 6) posiadam prawo do:
 - dostępu do danych osobowych mnie dotyczących i ewentualnie danych osobowych ww. podopiecznego,
 - sprostowania moich danych osobowych i ewentualnie danych osobowych ww. podopiecznego,
 - żądania od Administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego),
 - wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznaję, że przetwarzanie danych osobowych mnie dotyczących i/lub dotyczących ww. podopiecznego narusza przepisy RODO,
- 7) nie przysługuje mi:
 - w związku z art. 17 ust. 3 lit. b, d lub e RODO prawo do usunięcia danych osobowych,
 - prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO,
 - na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania moich danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO,
- 8) moje dane osobowe i ewentualnie dane osobowe ww. podopiecznego nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu,
- 9) moje dane osobowe i ewentualnie dane osobowe ww. podopiecznego nie będą przekazywane do odbiorcy w państwie trzecim lub do organizacji międzynarodowej,
- 10) moje dane osobowe i ewentualnie dane osobowe ww. podopiecznego będą przechowywane przez okres 10 lat od momentu archiwizacji dokumentów.

.....
(data)

.....
(podpis osoby zapoznanej z klauzulą)

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych zgodna z art. 13 ust. 1 i 2 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), zwanego dalej „RODO”

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Mazowieckim ul. Chemików 6 w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w tym w celu, wydawania rozstrzygnięć i ich realizacji. Dane osobowe będą udostępniane osobom lub podmiotom, które wykażą podstawę prawną dostępu do tych danych,
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem 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.

.....
(data)

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

Załączniki do wniosku:

1. wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny - załącznik nr 2 do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych,
2. kopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności lub równoważnego (oryginał do wglądu),

UWAGA!!!:

1. Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.
2. Składając oświadczenie o dochodzie rodziny należy dodać dochody wszystkich członków gospodarstwa domowego za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku. Później należy podzielić uzyskany wynik na 3 (tj. wyliczyć średni miesięczny dochód), a następnie trzeba podzielić wynik przez liczbę osób w gospodarstwie domowym. Osoby składające wniosek w miesiącach styczeń – marzec składają oświadczenie o dochodach wyliczone z IV kwartału roku poprzedzającego rok złożenia wniosku tj. z miesięcy: październik – grudzień. Następnie, wnioski składane w miesiącach kwiecień – czerwiec powinny zawierać oświadczenia dotyczące I kwartału roku w którym są składane tj. z miesięcy: styczeń – marzec. Analogicznie pozostała część roku.

Adnotacje urzędowe Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie*

W dniu dzisiejszym dokonałem/am oceny sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek i jej potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych. Uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym jest zasadne / nie jest zasadne

.....
(data, pieczęć i podpis pracownika socjalnego PCPR)

* Właściwe zaznaczyć „X”

.....
(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)