Numer sprawy .....

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 .....

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 na turnusie opiekuna)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód (netto) rodziny**, 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 świadomy(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.

** Właściwe zaznaczyć.

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

Wypełnia PCPR Krosno

..... (data wpływu wniosku do PCPR)

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

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. Kserokopia posiadanego orzeczenia lub wypisu z treści orzeczenia: o stopniu niepełnosprawności lub o zaliczeniu do jednej z trzech grup inwalidów lub o całkowitej/częściowej niezdolności do pracy/ niezdolności do samodzielnej egzystencji, o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (**wydane przed dniem 1 stycznia 1998r.**) lub niepełnosprawności przed ukończeniem 16 roku życia – oryginał do wglądu.
2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.
3. Oświadczenie wraz z klauzulą informacyjną.
4. Informacje uzupełniające do wniosku tj.: dane kontaktowe, informacja dot. przedstawiciela ustawowego oraz oświadczenie opiekuna – o ile dotyczy.
5. Kopia postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego lub pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza (oryginał do wglądu) – o ile dotyczy.
6. Zaświadczenie ze szkoły lub z uczelni w przypadku osób niepełnosprawnych w wieku 16-24 lat uczących się i niepracujących – o ile dotyczy.
7. Pełnomocnictwo do działania w imieniu mocodawcy w systemie SOW – o ile dotyczy.
8. Odwołanie Pełnomocnictwa do działania w imieniu mocodawcy w systemie SOW – o ile dotyczy.

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

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 powiat, 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.

OŚWIADCZENIE

1. Nie mam zaległości wobec PFRON oraz nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
2. W roku bieżącym nie uzyskałam/em dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON.
3. Nie będę pełnić funkcji członka kadry na turnusie rehabilitacyjnym wskazanym w informacji o turnusie, ani tez nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.
4. Dokonam wyboru ośrodka i organizatora turnusu posiadającego odpowiednio wpis do rejestru ośrodków i organizatorów turnusów obejmujący okres trwania turnusów (adres strony internetowej to **https://empatia.mpips.gov.pl**) oraz będę uczestniczyć w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybiorę.

…….. ……..

(Miejscowość, data) *(podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika)*

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 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 (Dz.U.UE.L.2016.119.1), zwane dalej RODO

informuję, że:

1) Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krośnie reprezentowane przez Dyrektora z siedzibą przy ul. Bieszczadzka 1, 38 - 400 Krosno, dane kontaktowe: sekretariat@pcprkrosno.pl, tel.: 13 43 75 732;
2) Inspektorem Ochrony Danych w PCPR jest Pan Jaromir Kranc. Jest to osoba, z którą można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych: e-mail: iodo@powiat.krosno.pl, tel: 13 43 75 831, pisemnie na adres siedziby Administratora;
3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie obowiązku prawnego, który ciąży na Administratorze (art. 6 lit. c i 9 ust. 2 RODO) – w zakresie realizacji zadań z zakresu pomocy społecznej, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r., poz. 2268 ze zm.), ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r., poz. 100), ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r., poz. 2123 ze zm.);
4) Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych poprzez wprowadzenie wniosku do Systemu Obsługi Wsparcia (SOW) oraz mogą być przekazywane innym organom publicznym i podmiotom przetwarzającym dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów (np. Sąd, Policja, Starostwo Powiatowe oraz poczcie w celu zapewnienia korespondencji i bankom w celu realizacji przelewów), a także podmiotom działającym na zlecenie administratora takim jak dostawcy usług informatycznych, przy czym zakres przetwarzania ograniczony jest wyłącznie do zakresu związanego z realizacją zadań w tych systemach;
5) osobom, których dane osobowe są przetwarzane przysługuje prawo do żądania od Administratora dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
6) w przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ww. ogólnego rozporządzenia przysługuje Pani/Panu prawo złożenia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa);
7) będziemy przechowywać Państwa dane osobowe do chwili załatwienia sprawy, w której zostały one zebrane, a następnie w celach archiwalnych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz instrukcją kancelaryjną, jednolitym rzeczowym wykazem akt oraz instrukcją o organizacji i zakresie działania archiwum zakładowego obowiązującą w PCPR – przez czas określony w tych przepisach (minimum 10 lat - kat. B10);
8) podanie danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa, w pozostałych przypadkach podawanie danych osobowych ma charakter dobrowolny;
9) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE DO WNIOSKU

DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPARWNEJ

Numer telefonu: ……...

Adres e-mail: …….....

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY – *o ile dotyczy*

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

Imię i nazwisko: .....

PESEL lub numer dokumentu tożsamości: .....

Adres zamieszkania: .....

Numer telefonu: .....

Adres email: .....

Data urodzenia: .....

ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*: .....

postanowieniem Sądu: .....

z dn. ..... sygn. Akt*: .....

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*: .....

z dn. ..... repet. nr …….……..

..... …….…….

(data) *(podpis przedstawiciela ustawowego* opiekuna prawnego* pełnomocnika*)*

.....
(imię i nazwisko opiekuna)

…….
(adres zamieszkania opiekuna)

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ – *o ile dotyczy*

W związku z funkcją opiekuna, jaką będę pełnić na turnusie rehabilitacyjnym wobec osoby niepełnosprawnej

…….

(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

oświadczam, że:

1. Nie będę pełnić funkcji członka kadry na tym turnusie.
2. Nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.
3. Jestem osobą pełnoletnią/ ukończyłam/em 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej*.

..... ……..…

(data) *(podpis opiekuna osoby niepełnosprawnej)*

**Niepotrzebne skreślić*

.....
(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**

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

☐ Nie

☐ Tak – uzasadnienie .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Uwagi:
.....
.....
.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.
** Właściwe zaznaczyć.

..... (data)

..... (pieczątka i podpis lekarza)

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

Informacja o stanie zdrowia

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres (miejsce pobytu*) .....

Rozpoznanie choroby zasadniczej .....

.....

.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje .....

.....

.....

.....

Uczulenia .....

.....

.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne

.....

.....

.....

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych

.....

.....

.....

Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16 roku życia

.....

.....

.....

Szczepienia ochronne (daty) – dotyczy osób do 16 roku życia

.....

.....

....
(data) (pieczątka i podpis lekarza)

*Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

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 ośrodka 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 ubezpieczeniu społecznym rolników.

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

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora i adres z kodem pocztowym .....
.....
.....

Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusów.....

Potwierdzam możliwość uczestniczenia Pana/Pani .....
wraz z opiekunem*
w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?) .....
w terminie od ..... do .....
w ośrodku (nazwa i adres z kodem pocztowym).....
.....
.....
Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków .....

Całkowity koszt turnusu dla:
osoby niepełnosprawnej ..... zł słownie zł .....
opiekuna osoby niepełnosprawnej* ..... zł słownie zł .....

Zobowiązuję się, w terminie 21 dni od dnia zakończenia turnusu, przesłać do PCPR w Krośnie „Informację o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego", sporządzoną odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania ze środków PFRON.
W przypadku rezygnacji osoby niepełnosprawnej z uczestnictwa w turnusie przed jego rozpoczęciem lub stwierdzenia w wyniku kontroli rażących uchybień w zakresie realizacji turnusu zobowiązuję się do zwrotu 100 % środków, które przekazało PCPR na dofinansowanie uczestnictwa tej osoby i jej opiekuna, w terminie 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu – na rachunek bankowy PCPR.

Środki przyznane osobie niepełnosprawnej i jej opiekunowi proszę przekazać na rachunek bankowy:*

…….....

.....

....
(data) (pieczęć i czytelny podpis organizatora)

*niepotrzebne skreśli

Pieczęć organizatora turnusu

Informacja o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego

(wypełnia organizator turnusu)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu .....

Adres zamieszkania* .....

.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Miejsce turnusu (nazwa i adres ośrodka z kodem pocztowym) .....

.....

.....

Data rozpoczęcia i zakończenia turnusu .....

Rodzaj turnusu (jaki?): .....

Udział uczestnika w zajęciach przewidzianych programem turnusu (krótki opis rodzaju i charakteru zajęć, w tym liczba godzin oraz uzyskane efekty):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

....

(data) (imię i nazwisko oraz podpis kierownika turnusu)

Przeprowadzono badanie lekarskie**

☐ TAK ☐ NIE

Zastosowano zabiegi fizjoterapeutyczne

☐ TAK ☐ NIE

jakie zabiegi fizjoterapeutyczne: .....

.....

.....

.....

Na turnusie obecny był opiekun osoby niepełnosprawnej*** ☐ TAK ☐ NIE

.....

.....

.....

....

(data) (pieczątka i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć i wypełnić tylko w przypadku turnusów, których program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

***Opisać rolę opiekuna.