Data wpływu : ……..……

Nr sprawy: RN.4230/4231. ……. 20…….

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 dokument tożsamości…….....
Adres zamieszkania* …….
……...
Telefon kontaktowy……e-mail: ……
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 niezdolności do pracy
   ☐ 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 ze składania nieprawdziwych danych.

Zobowiązuje 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.
*** Dotycz turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

KLAUZULA RODO

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

1. Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

7. 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.

8. 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.

9. 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.

10. Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych
Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej)
opiekun prawny lub pełnomocnik:

Imię i nazwisko: .....
PESEL: ..... Data urodzenia: .....
Adres zamieszkania: .....
Nr telefonu: ....., adres e-mail: .....
ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem* - .....
..... postanowieniem Sądu Rejonowego: .....
..... z dn. ..... sygn. Akt*: ..... /na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*: .... z dn. ..... repet. nr .....

…… ……..….....
(data) *(czytelny podpis wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)*

---
* *Niepotrzebne skreślić/ Właściwe zaznaczyć*

OŚWIADCZENIE

Jestem zatrudniony(a), prowadzący(a): działalność gospodarczą, działalność rolniczą*

☐ TAK ☐ NIE

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że:

1. dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni,
2. wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych,
3. nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
4. w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie,
5. nie ubiegam się i nie będę ubiegał/a w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel finansowany ze środków PFRON – za pośrednictwem innego realizatora na terenie innego samorządu powiatowego.

Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego przez Radę Powiatu, w terminie do 31 maja bieżącego roku *(dotyczy wniosków złożonych od 1 stycznia do 30 kwietnia bieżącego roku).*

……
(data)

.....
(podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego*, opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)*

** Niepotrzebne skreślić/ Właściwe zaznaczyć*

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
2. Zaświadczenie lekarskie.
3. Informacja o wyborze turnusu rehabilitacyjnego.
4. Przedstawiciel ustawowy/Oświadczenie.
5. Klauzula RODO.
6. Osoby wymagające pobytu opiekuna na turnusie - Oświadczenie opiekuna.
7. Osoby uczące się powyżej 18 roku życia – zaświadczenie ze szkoły.
8. Upoważnienie, pełnomocnictwo, postanowienie sądu (jeżeli dotyczy).

……
(pieczęć zakładu opieki zdrowotne lub gabinetu lekarskiego)

WNIOSEK LEKARZA
O SKIEOWANIE 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
- ☐ schorzenie 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)

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 społecznych rolników.

…….. ……
(data) *(czytelny podpis)*

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA

Ja, niżej podpisany …….…….

(imię i nazwisko opiekuna)

jako opiekun osoby niepełnosprawnej ……..…….

(imię i nazwisko uczestnika turnusu)

świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego, za składanie fałszywych zeznań oraz zgodnie z § 4 ust. 2 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 roku w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 r., Nr 230, poz. 1694), oświadczam, że:

1. nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie*
2. nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby*
3. ukończyłem/am 18 lat*
4. ukończyłem/am 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej*

Dnia ……..

……

Czytelny podpis opiekuna

* *Niepotrzebne skreślić/ Właściwe zaznaczyć*