

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
Telefon
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
- 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
rodziny, 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)
wnioskodawcy)

.....
(czytelny podpis

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć.

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

Wypełnia PCPR

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

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

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

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

Imię i nazwisko:

Telefon.....

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*:

.....

z dn. repet. nr

.....
data

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

* 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 **

- e) dysfunkcja narządu ruchu
- f) osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
 - | dysfunkcja narządu słuchu
 - | upośledzenia umysłowe
 - | dysfunkcja narządu wzroku

- choroba psychiczna
- schorzenie układu krążenia
- padaczka
- inne (jakie)

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym:

- Nie
- Tak – uzasadnienie:

.....
.....
.....

Uwagi:

.....
.....
.....
.....

*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

**Właściwe zaznaczyć

.....
(data)

.....
(pieczęć 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

Usprawniająco – rekreacyjny

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 ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....

(data)

(czytelny podpis wnioskodawcy)

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

**SYTUACJA SPOŁECZNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ I JEJ POTRZEBY
W ROZWIJANIU UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH**

Dane osobowe:

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania lub pobytu

Nr telefonu

Sytuacja zdrowotna:

Stopień niepełnosprawności

Rodzaj niepełnosprawności

Sytuacja rodzinna:

Stan cywilny

Liczba osób pozostająca we wspólnym gospodarstwie domowym

Uczeń, student, osoba pracująca, bezrobotna, rencista, emeryt (odpowiednie podkreślić)

1. Stopień samodzielnego funkcjonowania na poziomie społecznym i zgłaszane potrzeby w tym zakresie:

| Komunikowanie się (między innymi nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów z innymi osobami)

samodzielnie

z pomocą

Jeżeli z pomocą to proszę napisać w jakim zakresie:

.....

.....

| Zaradność życiowa (rozwiązywanie codziennych problemów, podejmowanie decyzji dotyczących własnej osoby, załatwianie różnych spraw między innymi urzędowych)

samodzielnie

z pomocą

Jeżeli z pomocą to proszę napisać w jakim zakresie:

.....

.....

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

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 w celach uzyskania dofinansowania ze środków PFRON.

.....
(data, podpis)

KLAUZULA INFORMACYJNY

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

1. Administratorem Państwa danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zamościu reprezentowane przez Dyrektora. (ul. Przemysłowa 4, 22-400 Zamość, telefon kontaktowy: 84 53 00 942).
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: andrzej@e-direction.pl lub pisemnie na adres Administratora.
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrywania wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON, jak również w celu realizacji praw oraz obowiązków wynikających z przepisów prawa (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz.511 z późn.zm.).
4. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych.
5. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegały profilowaniu.
6. Odbiorcami Państwa danych osobowych będą podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora m.in. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Ponadto Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
7. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
8. Podanie przez Państwa danych osobowych jest obowiązkowe. Nieprzekazanie danych skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 2.

Potwierdzam przyjęcie informacji do wiadomości

Zamość, dnia

Podpis czytelny

OŚWIADCZENIE

Wnioskodawcy o dochodach we wspólnym gospodarstwie domowym

Ja niżej podpisany/a

zamieszkały/a

oświadczam, że w kwartale poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostawały następujące osoby:

X		Średni miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych ¹
1.	Wnioskodawca:	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:		X
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
Razem:		

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych. Obliczony za kwartał poprzedzający m – c złożenia wniosku, wyniósł

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

.....
(miejscowość) (data) (podpis Wnioskodawcy)

¹Jest to średni **miesięczny dochód** (netto) wyliczony z kwartału poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych.

1. **„Samodzielne gospodarstwo domowe”** (jednoosobowe) oznacza sytuację, gdy Wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.
2. Przez pojęcie **„wspólne gospodarstwo domowe”** – należy rozumieć członków rodziny Wnioskodawcy, faktycznie wspólnie utrzymujących się i mających wspólny budżet domowy.

Do członków rodziny zalicza się: małżonków, rodziców dzieci, opiekuna faktycznego dziecka oraz pozostające na utrzymaniu dzieci w wieku do ukończenia 25 roku życia, a także dziecko, które ukończyło 25 rok życia legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością rodzinie przysługuje świadczenie pielęgnacyjne.

Do członków rodziny nie zalicza się dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego, dziecka pozostającego w związku małżeńskim, a także pełnoletniego dziecka posiadającego własne dziecko.

Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, **nie uwzględnia się świadczeń rodzinnych** wypłacanych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.