

**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 zamieszkania¹.....

Data urodzenia
Telefon kontaktowy
Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE ²

- 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 PFRON²

TAK (podać rok) **NIE**

Jestem zatrudniony/a w zakładzie pracy chronionej² 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 wynosiłzł.
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 ³.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

¹ w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

² właściwie zaznaczyć

³.dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

Wypełnia PCPR

.....
(data wpływu wniosku)

.....
(pieczęć PCPR i podpis pracownik)

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

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania¹

.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji²

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| o 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:

.....

.....

.....

.....

¹ w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

² 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 zamieszkania¹
.....
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 społecznym rolników.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

¹ 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 właściwego PCPR "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 skreślić.

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

W związku z realizacją wymogów 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 „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.

Poniższe zasady stosuje się począwszy od dnia 25 maja 2018 roku.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Skorupki 46, 42-100 Kłobuck jest: Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kłobucku.
2. Kontakt z inspektorem ochrony danych jest możliwy pod adresem e-mail: iod-pk@powiatklobucki.pl
3. Administrator danych osobowych przetwarza dane osobowe Pani/Pana oraz ewentualnego opiekuna w związku z realizacją przez podmiot zadań publicznych na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu niezbędnym do prawidłowego wykonywania obowiązków Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kłobucku w związku z realizowaniem jego celów statutowych w zakresie zadań określonych ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, zleconych Powiatowemu Centrum Pomocy Rodzinie w Kłobucku przez podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa.
5. Dane osobowe nie będą udostępniane, za wyjątkiem podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt. 4, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
7. Na zasadach określonych przepisami ogólnego rozporządzenia j/w o ochronie danych, posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora:
 - a. dostępu do treści swoich danych osobowych,
 - b. sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych,
 - c. usunięcia swoich danych osobowych,
 - d. ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych,
 - e. przenoszenia swoich danych osobowych,
 - f. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych.Pozytywne rozpatrzenie prawa do usunięcia i ograniczenia przetwarzania danych musi być zgodne z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa.

.....
Miejscowość, data

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałam/em 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.

.....
Czytelny podpis