

**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

Numer telefonu.....

POSIADANE ORZECZENIE ** o stopniu niepełnosprawności

- znacznym
- umiarkowanym
- lekkim

o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów

- I
- II
- III
- o całkowitej niezdolności do pracy
- o częściowej niezdolności do pracy
- o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym
- o niezdolności do samodzielnej egzystencji
- 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.

** Właściwe zaznaczyć.

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

Wypełnia PCPR

.....

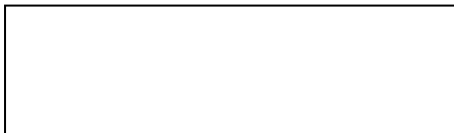
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....

(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

Załączniki wymagane do wniosku:

1. Kopia orzeczenie o niepełnosprawności lub inne równoważne potwierdzające niepełnosprawność wnioskodawcy
2. Zaświadczenie o dochodach osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe - średnie wynagrodzenie netto z ostatnich 3 miesięcy (zaświadczenie z zakładu pracy, decyzja ZUS o wysokości renty/emerytury, decyzja o pobieranych świadczeniach)
3. Kopia legitymacji szkolnej/akt urodzenia dzieci pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym
4. Kopia wyroku sądowego bądź aktu notarialnego uprawniającego do reprezentowania Wnioskodawcy



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i Nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

dysfunkcja narządu słuchu upośledzenie umysłowe schorzenia układu
krążenia

dysfunkcja narządu wzroku choroba psychiczna inne

dysfunkcja narządu ruchu epilepsja

osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:

NIE TAK

Uzasadnienie pobytu opiekuna na turnusie :

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

Uwagi:

.....
.....

Data.....

.....

pieczętka i podpis lekarza

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),

Opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko:

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*

pełnomocnik

* niepotrzebne skreślić

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych przez Realizatora programu oraz PFRON

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 osobowych) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu, informuje, iż:

1/ Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu z siedzibą 32-600 Oświęcim ul. Bema 4, adres e-mail: pcpr@powiat.oswiecim.pl oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu ustanowiło Inspektora Ochrony Danych Osobowych Pana Piotra Karcz z którym można się skontaktować na adres Administratora i za pomocą poczty elektronicznej: piotrmariusz.karcz@gmail.com

2/ Ma Pan/Pani prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, żądania ich usunięcia, prawo ograniczenia ich przetwarzania.

3/ Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli Pana/Pani dane są przetwarzane niezgodnie z wymogami prawnymi.

4/ Dane osobowe będą przechowywane przez okres 10-ciu lat.

5/ Podanie danych osobowych jest warunkiem rozpatrzenia Pani/Pana wniosku i zawarcia umowy dofinansowania.

6/ Dane osobowe przekazywane przez wnioskodawców przetwarzane są w stopniu niezbędnym dla realizacji dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, oceny jego funkcjonowania a także w innych, prawnie uzasadnionych celach.

7/ Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu przekazuje/udostępnia dane osobowe uczestników programu do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.

8/ Podanie danych jest dobrowolne, jednakże ich niepodanie uniemożliwi Administratorowi wykonywanie jakichkolwiek działań w odniesieniu do Pana/Pani osoby.

Potwierdzam, zapoznanie się z niniejszą informacją.

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie