Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego

**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 obliczone za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (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**

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego

Pieczątka 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....................................... ……………………………………………….

 pieczątka 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*