

Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania

..... Tel.....

Miejsce pobytu

w przypadku osoby bezdomnej

Data urodzenia

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

Posiadane orzeczenie – właściwe zaznaczyć

- | | | | |
|---|----------|--------------|--------|
| 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/ 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 zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

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 wynosi 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 nieprawidłowych danych.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia. Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

.....
data

.....
(czytelny podpis)

Wypełnia PCPR

.....
Data wpływu wniosku do PCPR

.....
Pieczęć PCPR i podpis pracownika

Oświadczenie
Wnioskodawcy o dochodach

(Przeciętny miesięczny dochód rodziny w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

Dla osób utrzymujących się z gospodarstwa rolnego przyjmuję się, że z 1 ha przeliczeniowych uzyskuje się miesięczny dochód w wysokości 288,00 zł).

Niniejszym oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

1.....
/imię i nazwisko/	wnioskodawca	dochód netto
2.....
/imię i nazwisko/	stopień pokrewieństwa	dochód netto
3.....		
4.....		
5.....		
6.....		

Łączny dochód w gospodarstwie wynosi

Dochód na jednego członka w gospodarstwie wynosi

.....
/podpis wnioskodawcy/

Do wniosku o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym należy dołączyć; **kopię orzeczenia o niepełnosprawności, wniosek lekarza**, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna, o skierowanie o turnus rehabilitacyjny oraz aktualne **dokumenty potwierdzające wysokość osiąganego dochodu.**

.....
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: **

- dysfunkcja narządu ruchu dysfunkcja narządu słuchu
 osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe choroba psychiczna padaczka
- schorzenie układu krążenia
- inne (jakie?)

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- Nie
- Tak – uzasadnienie
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** właściwe zaznaczyć.

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a rozporządzenia 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) (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej, L rok 2016 nr 119, poz. 1) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Częstochowie z siedzibą w Częstochowie przy ul. Jana III Sobieskiego 9 moich danych osobowych zawartych we wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dofinansowania uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.

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

KLAUZULA INFORMACYJNA

Działając zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego 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 – dalej w skrócie zwane RODO, informujemy, iż:

Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Częstochowie z siedzibą w Częstochowie przy ul. Jana III Sobieskiego 9 tel. 34/3229206, fax. 34/3229207 . Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych wynika z art. 6 ust 1 pkt a) RODO (przetwarzanie danych osobowych jest zgodne z prawem jeżeli osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów), Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie określenia rodzajów zadań Powiatu, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Odbiorcy danych osobowych: upoważnieni pracownicy, podmioty przetwarzające na podstawie umowy powierzenia w związku z realizacją wniosku oraz organy uprawnione na podstawie obowiązujących przepisów prawa. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wskazany w aktualnych przepisach archiwalnych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Częstochowie. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych osobowych podanych we wniosku oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy dotyczące ochrony danych osobowych. Kontakt z inspektorem ochrony danych pod adresem iod@pcprczwa.pl. Wyrażenie zgody przez Panią/Pana na przetwarzanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich nie podanie uniemożliwi przyznanie dofinansowania.

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 społecznym rolników.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.