

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

*(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnosprawnej rodzice
bądź opiekun prawny)*

Imię i nazwisko

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 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 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, wynosiłzł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Oświadczam, że powyższa dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Zobowiązuje 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

<i>(data wpływu wniosku do PCPR)</i>	<i>(pieczęć PCPR i podpis pracownika)</i>
--------------------------------------	---

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW DO WNIOSKU

1. Orzeczenie o niepełnosprawności.
2. Dokument potwierdzający prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej, w przypadku składania wniosku przez opiekuna prawnego, pełnomocnika (załącznik Nr 1) (jeżeli dotyczy).
3. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny (załącznik Nr 2).
4. Kwestionariusz dotyczący sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej ubiegającej się dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym i jej potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych (załącznik Nr 3).
5. Oświadczenie opiekuna osoby niepełnosprawnej na turnusie (załącznik Nr 4) (jeżeli dotyczy).
6. Oświadczenie (w przypadku osoby niepełnosprawnej w wieku 16-24 lat uczącej się i niepracującej) (załącznik Nr 5).
7. Informacja o wyborze turnusu rehabilitacyjnego (informację należy złożyć po otrzymaniu dofinansowania ze środków PFRON)(załącznik Nr 6).
8. Informacja o stanie zdrowia (informację uzupełnia lekarz przed wyjazdem na turnus rehabilitacyjny i osoba zabiera ją ze sobą na turnus)(załącznik Nr 7)
9. Klauzula informacyjna RODO (załącznik Nr 8 dla Wnioskodawcy lub dla osoby uprawnionej do reprezentowania Wnioskodawcy oraz dla opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym – jeżeli dotyczy).

**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*
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**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> inne (jakie)..... |
| <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
- TAK – uzasadnienie:
-
-
-
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** właściwe zaznaczyć

.....
(data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)

**Kwestionariusz dotyczący sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej
ubiegającej się dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym
i jej potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych**

1. Imię i nazwisko

2. PESEL

3. Nr telefonu *

4. Źródła utrzymania:**

- wynagrodzenie za pracę, renta, emerytura, zasiłki z pomocy społecznej, pomoc finansowa rodziny, inne świadczenia – jakie:

5. Możliwość samodzielnego funkcjonowania:**

- wykonywanie czynności samoobsługowych: samodzielnie z pomocą
- prowadzenie gospodarstwa domowego: samodzielnie z pomocą
- poruszanie się w środowisku: samodzielnie z pomocą

6. Potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych:**

- wyrabianie zaradności osobistej, poprawa samoobsługi: tak nie
- nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych: tak nie
- pobudzanie aktywności społecznej, przywracanie utraconych zdolności do pełnienia ról społecznych: tak nie
- realizacja i rozwijanie zainteresowań: tak nie

.....
data

.....
**Czytelny podpis Wnioskodawcy
lub osoby uprawnionej do
reprezentowania Wnioskodawcy**

Wypełnia PCPR

Na podstawie złożonych dokumentów dokonano oceny sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej i jej potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych.

Wniosek opiniuję: pozytywnie negatywnie

.....
data

.....
podpis pracownika socjalnego

* podanie numeru telefonu jest dobrowolne, jego wpisanie jest równoznaczne ze zgodą na kontakt

** właściwe zaznaczyć

Załącznik Nr 4

Nazwisko i imię opiekuna

Adres zamieszkania

Numer ewidencyjny (PESEL)

Telefon kontaktowy

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA
OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ NA TURNUSIE REHABILITACYJNYM
(wypełnia opiekun, jeśli lekarz uzna konieczność pobytu opiekuna na turnusie)

Oświadczam, że zobowiązuję się do sprawowania opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego nad osobą niepełnosprawną:

Nazwisko i imię

Oświadczam, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 roku w sprawie turnusów rehabilitacyjnych:

- 1) nie będzie pełnił funkcji członka kadry na wybranym przez wnioskodawcę turnusie,
- 2) nie jestem osobą niepełnosprawną, wymagającą opieki innej osoby,
- 3) ukończyłem 18 lat* lub
- 4) ukończyłem 16 lat* i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.
- 5) W przypadku skrócenia pobytu jako opiekun osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe zobowiązuję się do zwrotu przyznanego dofinansowania.

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych, po złożeniu oświadczenia zobowiązuje się poinformować PCPR w Lipsku w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.

.....
(data)

.....
(podpis opiekuna)

* niepotrzebne skreślić

Załącznik Nr 5

Lipsko, dn.

OŚWIADCZENIE

(dot. osoby niepełnosprawnej w wieku 16-24 lat uczącej się i niepracującej)

Ja niżej podpisany/a
(imię i nazwisko)

Adres zamieszkania

PESEL:

Oświadczam, że jestem uczniem/studentem w szkole:

.....
.....

Oświadczam, że nie jestem / jestem zatrudniona/zatrudniony na podstawie umowy o pracę/ o dzieło/zlecenia*

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych w oświadczeniu zobowiązuję się poinformować PCPR w Lipsku w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.

.....
data

.....
**Czytelny podpis Wnioskodawcy
lub osoby uprawnionej do
reprezentowania Wnioskodawcy**

* właściwe zaznaczyć

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 ubezpieczeniach społecznych rolników.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

Załącznik Nr 7

.....
**pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego**

Informacje o stanie zdrowia

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania (miejsce pobytu*)

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje

.....

.....

Uczulenia

.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne.

.....

.....

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych

.....

.....

Przebyte choroby zakaźne- dotyczy osób do 16 roku życia

.....

.....

Szczepienia ochronne (dary)- dotyczy osób do 16 roku życia

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

Klauzula informacyjna

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 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

1. Administratorem Państwa danych jest POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE w Lipsku, ul. Łżecka 6, 27-300 Lipsko, tel. 48 378 10 11.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie pod adres Administratora.
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym** tj. gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w zw. z Ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r., o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wraz z rozporządzeniami.
4. W przypadku dobrowolnego udostępniania przez Państwa danych osobowych innych niż wynikające z obowiązku prawnego, podstawę legalizującą ich przetwarzanie stanowi wyrażona zgoda na przetwarzanie swoich danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO). Udostępnione dobrowolnie dane będą przetwarzane w celu kontaktu.
5. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych. Natomiast z przypadku danych podanych dobrowolnie – co do zasady do czasu wycofania przez Państwa zgody na ich przetwarzanie.
6. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
7. Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
8. 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) w przypadku gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) - prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - e) 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);
9. Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3. Nieprzekazanie danych udostępnianych dobrowolnie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie sprawy.
10. Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa między innymi jednostkom i organom kontroli, dostawcą usług teleinformatycznych i hostingowych.

.....
data

1.
**Czytelny podpis Wnioskodawcy
lub osoby uprawnionej do
reprezentowania Wnioskodawcy**

.....
data

2.
**Czytelny podpis opiekuna na
turnusie rehabilitacyjnym
(jeżeli dotyczy)**