

Nr wniosku:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

**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:..... Data urodzenia:

Adres zamieszkania*

..... Nr telefonu**

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, wynosił

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.

** Podanie numeru telefonu nie jest obowiązkowe ale ułatwi kontakt

*** Właściwie zaznaczyć.

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

Wypełnia PCPR

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

.....
(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

schorzenia 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.

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnosprawnej 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 korzystałam/korzystałem 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.

Oświadczam, że nie brałam/brałem w bieżącym roku udziału w turnusie rehabilitacyjnym jako uczestnik, jako kadra, jako opiekun osoby niepełnosprawnej.

Oświadczam, iż wybrany ośrodek, organizator turnusu rehabilitacyjnego posiada aktualny wpis do rejestru ośrodków i organizatorów, obejmujący okres trwania wybranego przeze mnie turnusu.

Oświadczam, iż wybrany ośrodek jest uprawniony do przyjęcia mojej osoby na turnus rehabilitacyjny zgodnie z określonymi w orzeczeniu/wniosku lekarskim dysfunkcją, czy schorzeniem.

Oświadczam, iż wybrany organizator jest uprawniony do przyjęcia mojej osoby na turnus rehabilitacyjny zgodnie z określonym w orzeczeniu/wniosku lekarskim dysfunkcją, czy schorzeniem.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis Wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

Oświadczenie

1. Oświadczam, iż na turnusie rehabilitacyjnym nie będę pełnił/pełniła funkcji członka kardy, nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/byłem stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
2. Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnej (sporządzonej nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą rozpoczęcia turnusu) „Informacji o stanie zdrowia” sporządzonej przez lekarza, pod którego opieką się znajduję (załącznik do wniosku).
3. Zobowiązuję się do dostarczenia do PCPR w Kwidzynie w terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania, nie później jednak niż na 21 dni przed dniem rozpoczęcia turnusu „Informacji o wyborze turnusu rehabilitacyjnego” sporządzonej na odrębnym załączniku do wniosku.
4. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania oraz, że wniosek finansowany w bieżącym roku nie przechodzi na rok następny.
5. Oświadczam, że są mi znane następujące informacje:
 - a) turnus rehabilitacyjny musi trwać co najmniej 14 dni, wyłącznie na terenie kraju;
 - b) w przypadku skrócenia uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym przez osobę niepełnosprawną lub jej opiekuna, z przyczyn innych niż losowe, osoba niepełnosprawna lub opiekun ponosi całkowite koszty pobytu na tym turnusie;
 - c) turnus rehabilitacyjny musi się odbyć w ośrodku uprawnionym do organizowania turnusów rehabilitacyjnych, który posiada aktualny wpis do rejestru ośrodków;
 - d) wybrany organizator turnusu rehabilitacyjnego musi posiadać wpis do rejestru organizatorów turnusów.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

Informacje przydatne dla wnioskodawcy:

- wybrany ośrodek musi być wpisany do rejestru ośrodków uprawnionych do organizowania turnusów rehabilitacyjnych przy udziale środków PFRON;
 - organizator turnusu musi posiadać wpis do rejestru organizatorów turnusów;
 - wybrany ośrodek musi być uprawniony do przyjmowania osób niepełnosprawnych z określonymi w orzeczeniu lub we wniosku lekarskim dysfunkcjami, to samo dotyczy organizatora;
 - w przypadku skrócenia uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe, osoba niepełnosprawna ponosi koszty pobytu na tym turnusie;
 - w przypadku skrócenia pobytu opiekuna osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe, opiekun ponosi koszty pobytu na tym turnusie;
 - niniejsza informację o wyborze turnusu należy złożyć do PCPR w Kwidzynie w terminie do 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania, nie później jednak niż na 21 dni przed dniem rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego;
 - informacje o ośrodkach oraz organizatorach turnusów dostępne są na stronie internetowej: <http://empatia.mpips.pl>.
-

....., dnia

.....
(imię i nazwisko opiekuna)

.....
(adres)
.....

Oświadczenie

(wypełnić jeśli lekarz uzna konieczność pobytu opiekuna)

Ja jako opiekun osoby niepełnosprawnej Pani/Pana

.....
podczas turnusu rehabilitacyjnego, który odbędzie się w dniach

.....
W

oświadczam, iż:

- nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie;
- nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby;
- ukończyłam(em) 18 lat;
- ukończyłam(em) 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych dla potrzeb realizacji przez PCPR zadań ustawowych, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a 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.

.....
(czytelny podpis opiekuna osoby niepełnosprawnej)

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 dnia Sygn. Akt*:
/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

z dnia: repetytorium nr:

.....
data

.....
podpis przedstawiciela ustawowego*/opiekuna
prawnego*/pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić

INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kwidzynie, ul. gen. Józefa Hallera 5, 82-500 Kwidzyn.
2. Celem przetwarzania danych osobowych jest rozpatrzenie wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.
3. Podstawą prawną przetwarzania jest:
 - a) art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. tj. wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych oraz Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 grudnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie turnusów rehabilitacyjnych,
 - b) art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r., tj. osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów.
4. Odbiorcami danych osobowych są podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora.
5. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu dla którego zostały zebrane, z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
7. Osoba, której dane dotyczą, ma prawo do żądania od Administratora dostępu do dotyczących go danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych. Każda osoba, której dane dotyczą, w przypadku gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody – ma prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Wycofanie się ze zgody należy złożyć w formie pisemnej u Administratora. Konsekwencją wycofania się ze zgody będzie brak możliwości przetwarzania danych innych niż wynikające z przepisów prawa.
8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. W określonych przypadkach podanie danych osobowych jest dobrowolne.
9. Decyzje dotyczące przetwarzania danych osobowych nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany. Administrator nie profiluje danych osobowych.
10. Nie przewiduje się przetwarzania danych osobowych w celu innym niż cel, w którym dane osobowe zostały zebrane.
11. Każda osoba, której dane osobowe są przetwarzane ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel. (22) 531 03 00.
12. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, który jest dostępny pod numerem telefonu: +48 791 150 939 lub pod adresem e-mail: biuro@solved.com.pl.

.....
(podpis Wnioskodawcy, opiekuna ustawowego,
opiekuna prawnego lub pełnomocnika)

Załączniki do wniosku:

1. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, orzeczenia o niepełnosprawności (dzieci do lat 16) lub orzeczenia równoważnego.
2. W przypadku osób pomiędzy 18 a 24 rokiem życia i uczących się, zaświadczenie o kontynuowaniu nauki.
3. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – dokument potwierdzający pełnienie funkcji opiekuna prawnego.