

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIA 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 (miejsce pobytu*)

Data urodzenia

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.....

Tel. stacjonarny, kom.

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 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 z kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosizł (słownie:.....)

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi (słownie:).

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

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

§1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

Zobowiązuje się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia.***

Do niniejszego wniosku załączam:

- 1) Kserokopie orzeczenia (oryginał do wglądu przez pracownika Centrum),
- 2) Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny,
- 3) Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.

.....
(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)

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

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Powiat Przasnyski, w imieniu, którego występuje Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/ danych osobowych Wnioskodawcy, którego reprezentuję, tj. danych kontaktowych zawartych przez administratora tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, adres: ul. B. Joselewicza 6, 06-300 Przasnysz, w niniejszym wniosku w celu kontaktu telefonicznego. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)

Obowiązek informacyjny o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu

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 - RODO), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych i przysługujących prawach.

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu jest Dyrektor dane kontaktowe Administratora Danych Osobowych: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, ul. B. Joselewicza 6, 06-300 Przasnysz tel. 29 752-51-73 lub 29 691-17-46 wew. 16, tel. 511 951 468.
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu. Kontakt z nim możliwy jest pod numerem telefonu 29 752 22 70 lub adresem e-mail: iod@powiat-przasnysz.pl.
- 3) Pani/Pana dane osobowe, przetwarzane są w celu realizacji ustawowych zadań i obowiązków Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, na podstawie: art. 6 ust.1 lit. a, lit. b, lit. c, lit. e RODO; ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz art. 9 ust. 2 lit. b w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym oraz innych ustaw i aktów wykonawczych regulujących wypełnianie zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu.
- 4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa. Dane w ograniczonym zakresie mogą być również przekazane podmiotom realizującym zadania na rzecz Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu.
- 5) Czas przechowywania Pani/Pana danych osobowych jest określony prawem, zgodnie z przepisami kancelaryjno – archiwalnymi Administratora, oraz Ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane jedynie w okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane i czasie wskazanym przepisami prawa.
- 6) Każdej osobie, której dane przetwarzane są w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, przysługuje prawo do: dostępu do danych, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, oraz usunięcia jeśli pozwalają na to przepisy prawa.
- 7) W przypadku przetwarzania danych osobowych w oparciu o „Wyrażenie Zgody”, informujemy, że zgoda może być cofnięta w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- 8) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, adres 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2.
- 9) Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym przepisami prawa jest konieczne do realizacji ustawowych celów i zadań Administratora. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania. W pozostałych przypadkach podanie danych jest dobrowolne.
- 10) Administrator danych nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 11) Podanie danych nie skutkuje zautomatyzowaną oceną czynników osobowych i tym samym nie podlega profilowaniu.
- 12) Administrator danych dokłada wszelkich starań, aby zapewnić odpowiedni stopień ochrony danych osobowych.

Oświadczam, że zapoznałam/em się i przyjmuję do wiadomości powyższe informacje.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis)

.....

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania (miejsce pobytu*)

.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji **

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- ☐ NIE
- ☐ TAK – uzasadnienie
-
-
-
-

Uwagi

.....

.....

.....

.....

.....
data

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

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 (miejsce pobytu*)

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 ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis Wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(Wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora i adres (z kodem pocztowym)

.....

.....

Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusów*

.....

Potwierdzam możliwość uczestniczenia Pana/ Pani

wraz z opiekunem* w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?)

w terminie od do

w ośrodku (nazwa i adres)

.....

.....

Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków

Całkowity koszt turnusu dla:

osoby niepełnosprawnej zł, słownie zł

.....

opiekuna osoby niepełnosprawnej**zł, słownie zł

.....

Zobowiązuję się, terminie 21 dni od dnia zakończeniu turnusu, przesłać do właściwego PCPR "Informację o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego". sporządzoną odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania ze środków PFRON.

W przypadku rezygnacji osoby niepełnosprawnej z uczestnictwa w turnusie przed jego rozpoczęciem lub stwierdzenia w wyniku kontroli rażących uchybień w zakresie realizacji turnusu zobowiązuję się do zwrotu 100% środków, które przekazało PCPR na dofinansowanie uczestnictwa tej osoby i jej opiekuna, w terminie do 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu - na konto PCPR.

Środki przyznane osobie niepełnosprawnej i jej opiekunowi* proszę przekazać na rachunek bankowy:

Nazwa banku oddział

Nr

.....

(data)

.....

(pieczęć i czytelny podpis Organizatora)

Przasnysz,

.....
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....
(Adres zamieszkania Wnioskodawcy)

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że mój opiekun:

- 1) nie będzie pełnił funkcji członka kadry na turnusie, ☐
- 2) nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby, ☐
- 3) ukończył/a 18 lat ☐
- 4) ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkujący członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej ☐

.....
podpis Wnioskodawcy

**Informacje uzupełniające do wniosku
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*

PEŁNOMOCNICTWO

Dane osoby, która udziela pełnomocnictwa:

Imię/imiona.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)

.....

.....

Adres do korespondencji.....

.....

Numer telefonu.....

Numer e-mail.....

Oświadczenie o udzieleniu pełnomocnictwa:

Niniejszym udzielam pełnomocnictwa Pani/Panu:

Imię/imiona.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)

.....

.....

Adres do korespondencji.....

Numer telefonu.....

Numer e-mail.....

Pełnomocnictwo obejmuje upoważnienie do dokonywania na rzecz mocodawcy wszystkich czynności związanych z wnioskiem o dofinansowanie złożonym w systemie SOW, a w szczególności do podpisania, poprawiania i uzupełniania wniosku o dofinansowanie w systemie SOW, udzielania wyjaśnień i informacji potrzebnych w trakcie rozpatrywania wniosku o dofinansowanie, zawarcia i rozliczenia umowy o dofinansowanie oraz wszelkich działań związanych z realizacją zobowiązań wynikających z umowy dofinansowania zawartej na podstawie wniosku o dofinansowanie. Dla realizacji ww. celów stanowiących przedmiot pełnomocnictwa, niniejsze pełnomocnictwo upoważnia do posługiwania się jego skanem w sieci informatycznej systemu SOW, jak również do okazania/przesłania na wezwanie wersji papierowej oryginału niniejszego pełnomocnictwa lub prawidłowo poświadczonego odpisu pełnomocnictwa.

Pełnomocnictwa udziela się na czas niezbędny do realizacji wszystkich ww. czynności związanych ze złożonym w systemie SOW wnioskiem o dofinansowanie. Pełnomocnictwo może być odwołane przez mocodawcę w każdym czasie.

Potwierdzam prawdziwość i aktualność danych zawartych w niniejszym pełnomocnictwie. Zmiana treści pełnomocnictwa wymaga wprowadzenia do systemu SOW nowego dokumentu pełnomocnictwa, za wyjątkiem zmian danych adresowo-kontaktowych pełnomocnika, o których pełnomocnik poinformuje za pośrednictwem systemu SOW.

.....

data

.....

czytelny podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa

Miejscowość, data.....

Pani/Pan

.....

.....

Niniejszym odwołuję pełnomocnictwo udzielone Pani/Panu w dniu..... obejmujące upoważnienie do dokonywania na moją rzecz wszystkich czynności związanych z wnioskiem o dofinansowanie złożonym w systemie SOW, a w szczególności do podpisania, poprawiania i uzupełniania wniosku o dofinansowanie w systemie SOW, udzielania wyjaśnień i informacji potrzebnych w trakcie rozpatrywania wniosku o dofinansowanie, zawarcia i rozliczenia umowy o dofinansowanie oraz wszelkich działań związanych z realizacją zobowiązań wynikających z umowy dofinansowania zawartej na podstawie wniosku o dofinansowanie oraz posługiwanie się jego skanem w sieci informatycznej systemu SOW, jak również do okazania/przesłania na wezwanie wersji papierowej oryginału udzielonego pełnomocnictwa lub prawidłowo poświadczonego odpisu pełnomocnictwa.

Jednocześnie proszę o niezwłoczny zwrot dokumentu pełnomocnictwa oraz przekazanie skanu mojego oświadczenia o odwołaniu pełnomocnictwa do systemu SOW.

.....
data

.....
czytelny podpis osoby odwołującej pełnomocnictwo

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych

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 (RODO), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych są:

- 1) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13,
- 2) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu ul. Berka Joselewicza 6, 06-300 Przasnysz, tel. 29 752-51-73 lub 29 691-17-46,
- 3) Organizator Turnusu – w przypadku wniosków składanych na turnusy rehabilitacyjne.

2. Kontakt do Inspektora ochrony danych:

- 1) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. 22 50 55 500, iod@pfron.org.pl,
- 2) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Berka Joselewicza 6, 06-300 Przasnysz – kontakt e-mail: iod@powiat-przasnysz.pl.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez:

- 1) PFRON w celu zarządzania Systemem SOW - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e oraz art. 9 ust. 1 lit. b RODO, ponieważ jest ono niezbędne do wypełnienia zadania realizowanego w interesie publicznym w zakresie zabezpieczenia społecznego wynikającego z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz realizacji zadań ustawowych PFRON związanych z pomocą osobom niepełnosprawnym, w tym w celu kontroli prawidłowości wydatkowania środków przyznanych właściwej jednostce samorządu terytorialnego – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e oraz art. 9 ust. 1 lit. g RODO, ponieważ jest ono niezbędne do wypełnienia obowiązków prawnych związanych z ważnym interesem publicznym wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
- 2) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu w celu rozpoznania złożonego Wniosku oraz przyznania dofinansowania i jego rozliczenia przez PFRON. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b RODO, ponieważ przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy albo art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. g RODO, ponieważ jest ono niezbędne do wykonania obowiązków prawnych związanych z ważnym interesem publicznym wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
- 3) Organizatora Turnusu w celu rozpatrzenia Wniosku oraz zorganizowania turnusu rehabilitacyjnego. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b, ponieważ przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie tej osoby przed zawarciem umowy, a także art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g RODO, ponieważ jest ono niezbędne do wykonania obowiązku prawnego ciążącego na administratorze dotyczącego zadania realizowanego w ważnym interesie publicznym wynikającym z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

4. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w ust. 3, odbiorcami danych osobowych Użytkowników mogą być:
 - 1) podmioty, które na podstawie umów zawartych z administratorami, o których mowa w ust. 3, świadczą usługi wsparcia, np. prawne, pocztowe, informatyczne;
 - 2) podmiot świadczący usługi serwisowe dla Systemu SOW.
5. Dane osobowe Użytkowników będą wykorzystywane przez okres niezbędny do realizacji obowiązków ciążących odrębnie na każdym z Administratorów zgodnie z ust. 3, a następnie archiwizowane przez okres wynikający z przepisów o archiwach.
6. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w Systemie SOW danych osobowych Użytkownika, Użytkownikowi przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. W związku z przetwarzaniem danych osobowych Użytkowników nie będzie dochodziło do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.
8. Użytkownikowi, na zasadach określonych w RODO, przysługują następujące prawa w związku z przetwarzaniem jego danych osobowych:
 - 1) prawo dostępu do danych, w tym uzyskania kopii danych;
 - 2) prawo żądania sprostowania i uzupełnienia danych;
 - 3) prawo do usunięcia danych;
 - 4) prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
 - 5) prawo do przenoszenia danych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO;
 - 6) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e RODO.
9. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, przy czym jest również niezbędne do założenia Konta w Systemie SOW. Odmowa podania danych będzie skutkowała odmową założenia Konta w Systemie SOW i w konsekwencji uniemożliwi złożenie Wniosku w postaci elektronicznej.

Oświadczam, że zapoznałam/łem się i przyjmuję do wiadomości powyższe informacje.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)