

**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)

Oświadczenia 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 w niniejszym wniosku przez administratora, tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, adres: ul. Berka Joselewicza 6, 06-300 Przasnysz, 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) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu jest Dyrektor dane kontaktowe Administratora Danych Osobowych: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przasnyszu, ul. Berka Joselewicza 6, 06-300 Przasnysz, tel. 29 752-51-73 lub 691-17-46 fax wew. 16.
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. c, lit.e RODO; ustawa 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 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiat, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych, ustawy z dnia 5 czerwca 1998r. 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” informuję, 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 osobowych nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
11. Podanie danych nie skutkują zautomatyzowaną oceną czynników osobowych i tym samym nie podlega profilowaniu.
12. Administrator danych osobowych 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)

* Właściwie zaznaczyć

.....

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 **

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządów ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządów słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządów wzroku | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <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

.....

.....

.....

.....

.....
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

* we właściwej kratce postawić X