

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) niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

Korzystałem(am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PRFON**

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 powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawidłowych 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

** Właściwie zaznaczyć

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

Wypełnia PCPR

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....
(Pieczęć PCPR i podpis pracownika)

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

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych (RODO)

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady(UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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)(Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), zwanego dalej RODO, informuję:

Administrator danych osobowych

Administratorem Państwa danych osobowych jest:

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w

Warszawie, adres: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa. Można się z nami kontaktować w następujący sposób:

- a) listownie: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa,
- b) telefonicznie: 22 50 55500.

oraz

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Głubczycach z siedzibą w Głubczycach, adres:

ul. Sobieskiego 5a, 48-100 Głubczyce tel. 77485 87 73. Można się z nami kontaktować w następujący sposób:

- a) listownie: ul. Sobieskiego 5a, 48-100 Głubczyce
- b) za pośrednictwem poczty elektronicznej: sekretariat@pcprglubczyce.pl
- c) telefonicznie: 77485 87 73, 77485 08 17. Inspektor ochrony danych

Mogą Państwo kontaktować się również:

□ z wyznaczonym przez PFRON inspektorem ochrony danych za pośrednictwem poczty elektronicznej:

iod@pfron.org.pl lub listownie na adres: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, telefon: 22 50 55500. □z

wyznaczonym przez PCPR inspektorem ochrony danych za pośrednictwem poczty elektronicznej: inspektor@networkart.pl .

Cele i podstawy przetwarzania

Państwa dane osobowe są przetwarzane przez PCPR w celu realizacji programu finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (ustalania, przyznawania i wypłacania świadczeń dla osób niepełnosprawnych) oraz w celu archiwalnym.

Przetwarzanie Państwa danych osobowych odbywa się na podstawie art.6 ust. 1 lit. c oraz art.9 ust. 2 lit .b RODO, w oparciu o:

- Ustawę z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych(Dz. U. z 2018 r. poz. 511, z późn. zm.)art.47 ust.1, pkt.4,
- Uchwałę nr 5/2014 Rady Nadzorczej PFRON z dnia 9 czerwca 2014r. w sprawie zatwierdzenia pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”,
- Uchwałę nr 71/2016 Zarządu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z dnia 7.12.2016r. pkt. II ust. 3 i 4, którym jest ustalenie uprawnień i udzielenie dofinansowań w ramach programu „Aktywny Samorząd”,
- Uchwałę nr 16/2019 Zarządu PFRON z dnia 5 marca 2019 zmieniająca uchwałę w sprawie realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd”,
- Ustawę z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach(t. j. Dz. U. 2018 poz. 217,zpóźn. zm.).

Odbiorcy danych

Odbiorcami Państwa danych osobowych będą:

- podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa (organy ścigania) oraz podmioty u których w ramach realizacji Programu, może zaistnieć konieczność weryfikacji Państwa wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON (instytucje oświatowe, ośrodki pomocy społecznej, ośrodki szkoleniowe);

- PFRON, który przetwarza Państwa dane w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez PCPR oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.

Okres przechowywania danych

Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji Państwa wniosków oraz ewentualnie po ich zakończeniu w celu wypełnienia obowiązku prawnego (wyrażonego w przepisach ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz aktach wykonawczych do tej ustawy) ciążącego na PCPR a następnie zostaną usunięte lub przekazane do archiwum państwowego.

Prawa osób, których dane dotyczą

Zgodnie z RODO przysługuje Państwu:

- a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii (art.15 RODO),
- b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych (art.16 RODO),
- c) prawo do usunięcia danych osobowych, gdy dane nie są już niezbędne do celów, dla których zostały zebrane lub dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
- d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych (art.18 RODO), z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO;
- e) prawo do wniesienia skargi na adres Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa,
- f) niepodlegania decyzjom podjętym w warunkach zautomatyzowanego przetwarzania danych, w tym profilowania (art. .22 RODO).

Informacja o wymogu podania danych

Podanie przez Państwa danych jest dobrowolne, jednakże w celu dokonania prawidłowej obsługi Państwa wniosków niezbędne. Brak podania danych, niejednokrotnie może utrudnić lub całkowicie uniemożliwić załatwianie spraw w sposób zgodny z Państwa oczekiwaniami. Przepisy szczególne mogą jednak przewidywać sytuacje w których podanie danych osobowych jest obowiązkowe.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

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

KONIECZNOŚĆ POBYTU OPIEKUNA NA TURNUSIE

- NIE
- TAK – uzasadnienie
-
-
-
-
-

UWAGI:

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
** Właściwe zaznaczyć