

**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 albo numer dokumentu tożsamości
Adres zamieszkania*
.....
Data urodzenia
Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE **

- a) o stopniu niepełnosprawności znacznym umiarkowanym lekkim
Numer orzeczenia:
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, wyniósł:zł.
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.

** 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:

.....

Numer telefonu:

Adres email:

Data urodzenia:

ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:

.....

postanowieniem Sądu:

.....

z dn. sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

.....

z dn. repet. nr

.....

.....
(data)

.....
(podpis
przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*
pełnomocnika*)

Informacje uzupełniające do wniosku

DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu:

Adres e-mail:

.....

.....
(data)

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 1 do formularza wniosku

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w złożonym przez mnie wniosku.

W procesie realizacji przedmiotowego zadania.

1. Przyjmuję do wiadomości, iż moje dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji wniosku na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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 dyrektyw 95-46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1) oraz ustaw wynikających z realizacji zadań PCPR.
2. Moje dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z instrukcji kancelaryjnej.

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 2023 r. poz. 100, poz. 173) art.47 ust.1, pkt.4,

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.

Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią Klauzli RODO.

.....
(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