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, wynosił …….. 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.
** Właściwe 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

……
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
☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
☐ dysfunkcja narządu wzroku
☐ dysfunkcja narządu słuchu
☐ schorzenia układu krążenia
☐ upośledzenie umysłowe
☐ choroba psychiczna
☐ padaczka
☐ inne (jakie?) ….....
….....……

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie
☐ NIE
☐ TAK – uzasadnienie ……...
……...……
……
……
……
UWAGI ……
……...
……
……
……

…….. ……
(data) (pieczątka i podpis lekarza)

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

Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie turnusu rehabilitacyjnego

OŚWIADCZENIE O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 ze zm.) w celu realizacji niniejszego wniosku, udzielenia wsparcia, kontroli, sprawozdawczości oraz na wystąpienie do innych podmiotów w ramach postępowania zainicjowanego niniejszym wnioskiem, w celu uzyskania moich danych osobowych niezbędnych do przeprowadzenia postępowania.

…….. ……..
(data) (czytelny podpis wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego)

OŚWIADCZENIE O ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 ze zm.) oświadczam, że podane we wniosku oraz załącznikach informacje są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

…….. ……..
(data) (czytelny podpis wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego)

Do wniosku należy dołączyć **kopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.**

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOT. AKTYWNOŚCI ZAWODOWEJ

Ja niżej podpisany(a) …..... zamieszkały(a)

.....
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 §1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, oświadczam, że obecnie jestem :

- ☐ nieaktywny/nieaktywna zawodowo
- ☐ zatrudniony/zatrudniona
- ☐ pobierająca naukę
- ☐ niepobierająca nauki

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia .....
miejscowość

……..……..
podpis Wnioskodawcy

<u>Pouczenie:</u>
Art. 233. § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny: „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 do lat 3.”
* zaznaczyć właściwą odpowiedz

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

1. Administrator danych osobowych

Administratorem Państwa danych osobowych jest: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kaliszu z siedzibą przy pl. Świętego Józefa 5 w Kaliszu.

2. Inspektor ochrony danych

Administrator powołał inspektora ochrony danych. Kontakt z inspektorem jest możliwy pod tel. 62 50 14 207.

3. Cele przetwarzania danych

Państwa dane osobowe przetwarzane będę w celu udzielenia dofinansowania.

4. Podstawa prawna przetwarzania danych

Podstawą do przetwarzania Państwa danych jest realizacja obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. a RODO), także w przypadku danych szczególnych kategorii danych, np. dane dotyczące zdrowia (art. 9 ust. 2 lit. a RODO) oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

5. Odbiorcy danych

Odbiorcami Państwa danych osobowych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa w tym PFRON w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.

6. Okres przechowywania danych

Państwa dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w oparciu o jednolity rzeczowy wykaz akt obowiązujący w jednostce (10 lat).

7. Państwa prawa:

a) Prawo do odwołania zgody w każdym momencie postępowania;
b) prawo dostępu do treści swoich danych;
c) prawo do sprostowania i uzupełnienia danych;
d) w przypadku przetwarzania na podstawie zgody – prawo do jej cofnięcia;
e) prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
f) prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
g) w szczególnych przypadkach prawo do usunięcia danych;
h) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, infolinia: 606 950 000), gdy uznają Państwo, że przetwarzanie Państwa danych narusza przepisy o ochronie danych osobowych.

Prawo dostępu do danych, sprostowanie i uzupełnienie oraz ograniczenie przetwarzania podlegają ograniczeniu po przekazaniu akt zawierających dane osobowe do archiwum zakładowego, na mocy art. 22b ust. 4 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwum Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości skorzystania z określonych usług jednostki, bądź załatwienia sprawy