

Data wpływu:	
Nr sprawy:	



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.....

Adres zamieszkania*

Nr telefonu.....

Data urodzenia.....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.....

<u>POSIADANE ORZECZENIE**</u>	
a) o stopniu niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> znacznym <input type="checkbox"/> umiarkowanym <input type="checkbox"/> lekkim
b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów:	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III
c) <input type="checkbox"/> o całkowitej niezdolności do pracy <input type="checkbox"/> o częściowej niezdolności do pracy	
<input type="checkbox"/> o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym	
<input type="checkbox"/> o niezdolności do samodzielnej egzystencji	
d) <input type="checkbox"/> o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia	

<u>KORZYSTAŁEM(AM) Z DOFINANSOWANIA DO UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM ZE ŚRODKÓW PFRON</u>	
<input type="checkbox"/> TAK (podać rok)	<input type="checkbox"/> NIE

<u>JESTEM ZATRUDNIONY W ZAKŁADZIE PRACY CHRONIONEJ**</u>	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Młodzież ucząca się od 16 do 24 roku życia**	
<input type="checkbox"/> TAK (należy dołączyć zaświadczenie ze szkoły/uczelni potwierdzające pobieranie nauki)	<input type="checkbox"/> NIE

IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA:

.....
(Wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

ŚREDNI DOCHÓD		
Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:	<input type="checkbox"/> indywidualne	<input type="checkbox"/> wspólne
Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:		
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:		

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

DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ KOPIĘ AKTUALNEGO ORZECZENIA

O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI!!

.....
(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)

Przyznano / nie przyznano dofinansowanie /a do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym:

Dla uczestnika w wysokości:

Dla opiekuna w wysokości:

.....
(Pieczęć i podpis Dyrektora PCPR)

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Jarocinie*

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jarocinie, dalej PCPR Jarocin. Dane teleadresowe: ul. Dworcowa 2, 63-200 Jarocin, tel.: 62 505 46 06, e-mail: pcpr@pcprjarocin.pl
2. Funkcję Inspektora Ochrony Danych Osobowych pełni dr n. prawnych Bartosz Mendyk. Z Inspektorem można się kontaktować pod adresem iod@powiat-jarocinski.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu weryfikacji i przyznania dofinansowania do uczestnictwa osób niepełnosprawnych w turnusach rehabilitacyjnych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
4. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych realizowane będzie na podstawie prawnej określonej przez art. 6 ust. 1 lit.c lub art. 9 ust. 2 lit.b RODO i wynikać będzie z przepisów prawa określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz innych aktach prawnych określających zadania i obowiązki do realizacji przez PCPR. Administrator nie planuje dalej przetwarzać danych osobowych w celu innym niż cel, w którym dane osobowe zostały zebrane.
5. Kategorie przetwarzanych danych osobowych: dane zwykłe(imię i nazwisko, pesel), szczególne kategorie (wrażliwe)(informacje o stanie zdrowia).
6. Dostęp do Pani/Pana danych osobowych znajdujących się w PCPR Jarocin posiadają wyłącznie upoważnieni pracownicy i tylko w zakresie niezbędnym do realizacji obowiązków służbowych. Odbiorcami mogą być inne instytucje publiczne, w szczególności Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i tylko na podstawie obowiązujących przepisów prawa. Dane nie będą przekazane odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.
7. Pani/Pana dane osobowe pozyskiwane mogą być z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
8. Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany przepisami kancelaryjno – archiwalnymi obowiązującymi w PCPR Jarocin zgodnie z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach tj. 10 lat.
9. Posiada Pani/Pan prawo (żądania): • dostępu do swoich danych, • w dowolnej chwili wycofać zgodę w tak łatwy sposób, jak jej udzielono, • do sprostowania (poprawiania) danych, • do ograniczenia przetwarzania danych, • wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
Zakres Pani/Pana praw (żądań) jest ograniczony i wynika z obowiązków nałożonych przez przepisy prawa na administratora.
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym profilowane.
11. Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa) gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
12. W przypadku kiedy Pani/Pan podajecie swoje dane osobowe do przetwarzania w celu przyznania dofinansowania do uczestnictwa osób niepełnosprawnych w turnusach rehabilitacyjnych podanie danych jest obowiązkowe, a niepodanie danych spowoduje odmowę rozpatrzenia wniosku.

* Obowiązek informacyjny wobec osób, które dane dotyczą, wynika z art. 13 Rozporządzenie 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)

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY/OPIEKUN/PEŁNOMOCNIK
(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

.....

podpis
przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*
pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić

..... dnia

Oświadczenie opiekuna osoby niepełnosprawnej

Imię i nazwisko

Adres

.....

PESEL

Zobowiązuję się sprawować opiekę nad:

.....

(imię i nazwisko)

zam.....

(adres zamieszkania)

w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego oraz podczas dojazdu do ośrodka rehabilitacyjnego i powrotu do miejsca zamieszkania osoby niepełnosprawnej. Oświadczam, że nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby, oraz że nie będę pełnił/a funkcji kadry na tym turnusie. Zapoznałem/am się z treścią „Informacji o przetwarzaniu danych osobowych w PCPR w Jarocinie”.

.....

(czytelny podpis Opiekuna)

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:

- Nie
- Tak – wyraźne uzasadnienie konieczności pobytu opiekuna

.....
.....

Uwagi:.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwie zaznaczyć

.....

(data) (pieczęć i podpis lekarza)