

**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 **

o stopniu niepełnosprawności ☐ znacznym ☐ umiarkowanym ☐ lekkim

Numer orzeczenia:

☐ o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów ☐ I ☐ II ☐ III

☐ o całkowitej ☐ o częściowej niezdolności do pracy

☐ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ o niezdolności do samodzielnej egzystencji

☐ 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

Adres e-Doręczeń: ☐ Tak ☐ Nie

Numer telefonu:

Adres e-mail:

.....
data

.....
podpis

* niepotrzebne skreślić

Ja niżej podpisany(a) zamieszkały(a)
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

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

Oświadczam, że:

Nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.

Oświadczam, że moim opiekunem na turnusie będzie:

.....
(imię i nazwisko opiekuna)

Opiekun:

- ☐ nie będzie pełnił funkcji członka kadry na turnusie;
- ☐ nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby;
- ☐ ukończył 18 lat *
- ☐ ukończył 16 i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej*.

* właściwe zaznaczyć

Ponadto oświadczam, że:

1. Nie mam zaległości wobec PFRON oraz że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn należących po mojej stronie.
2. Nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym za pośrednictwem innego samorządu powiatowego.
3. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie poinformować.

**Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.
Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego
oświadczenia.**

....., dnia.....r.
miejscowość

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy/Przedstawiciela
Ustawowego/Opiekuna prawnego/Pelnomocnika

Załączniki :

1. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny
2. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności

Klauzula informacyjna
dla klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Oleśnie ubiegających się o dofinansowanie/refundację ze środków PFRON

Na podstawie 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 (RODO), informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oleśnie, ul. M. Konopnickiej 8, 46-300 Olesno, tel. 34 350 51 25.
2. W sprawach dotyczących ochrony Pani/Pana danych osobowych można kontaktować się z inspektorem ochrony danych: iod@pcprolesno.pl tel. 34 350 51 25 .
3. Pani/Pana dane osobowe, dane podopiecznego/dziecka, osoby którą Pani/Pan reprezentuje przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązków określonych przepisami prawa w związku z realizacją wniosku/umowy o dofinansowanie ze środków PFRON. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest ustawa 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.) oraz przepisy wykonawcze wydane na jej podstawie.
4. Odbiorcą Pani/Pana danych, danych podopiecznego/dziecka, osoby którą Pani/Pan reprezentuje jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Oleśnie a dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom innym, niż upoważnione na podstawie przepisów prawa bądź na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych. Dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
5. Zebrane dane będą przetwarzane przez okres wynikający z przepisów prawa, zgodnie z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2018 r. poz. 217 z późn. zm.).
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych wskazanych we wniosku wynika z przepisówprawa i jest obowiązkowe.