

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
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.

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)

.....
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**:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ dysfunkcja narządu ruchu | ☐ dysfunkcja narządu słuchu | ☐ dysfunkcja narządu wzroku |
| ☐ osoba poruszająca się na wózku | ☐ upośledzenie umysłowe | ☐ choroba psychiczna |
| ☐ padaczka | ☐ schorzenie układu krążenia | |
| ☐ inne (jakie?)..... | | |

Konieczność opieki osoby drugiej na turnusie rehabilitacyjnym:**

- ☐ Nie
- ☐ Tak – **uzasadnienie**

.....
.....
.....

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania):

.....
.....
.....

Uzasadnienie wniosku:

.....
.....

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza

* całość „Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny” - **UZUPEŁNIA LEKARZ**

** właściwe zaznaczyć

CZĘŚĆ I – INFORMACJA O TURNUSIE

(Wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania (miejsce pobytu*)

.....

Rodzaj turnusu

termin turnusu: od do

Dane organizatora turnusu:

Nazwa i adres (z kodem pocztowym)

.....

Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus:

Nazwa i adres (z kodem pocztowym)

.....

Oświadczam, że nie będę korzystał/a z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....

data

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

OŚWIADCZENIE

osoby niepełnosprawnej dotyczące osoby pełniącej funkcję opiekuna na turnusie

IMIE I NAZWISKO – miejsce zamieszkania osoby składającej oświadczenie:

.....
.....

Ja niżej podpisany(a), pouczony o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks karny (t. j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1950 z późn. zm) – za zeznania nieprawdy lub zatajenie prawdy*

Oświadczam, że opiekun osoby niepełnosprawnej na turnusie:

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

.....
miejsowość, data

.....
podpis

.....
podpis osoby przyjmującej

* § 1 – Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8

O Ś W I A D C Z E N I E

Wnioskodawcy o dochodach netto w gospodarstwie domowym

Ja niżej podpisany (a).....

(imię i nazwisko)

zamieszkały (a):.....

.....

Oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	dochód (netto) za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
1.		wnioskodawca	
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
		Razem	

Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód netto podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym**, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi
..... zł gr., (słownie.....zł.)
.....zł.)

Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów. Ja niżej podpisany(a) pouczone(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań składam stosownie do zapisu art. 75 § 2 kodeksu postępowania administracyjnego powyższe oświadczenie.

.....

miejscowość, data

.....

czytelny podpis wnioskodawcy

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000) oraz w Rozporządzeniu 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) przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jędrzejowie.

Podpis:.....

KLAUZULA INFORMACYJNA

Informuję, że zgodnie z z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz U. z 2018 r. poz. 1000), zgodnej z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:
Nazwa: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jędrzejowie
Adres: ul. Okrzei 49b; 28-300 Jędrzejów
Telefon: tel./fax 41 386 36 00
Email: pcpr@jedrzejow.pl
2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest:
Imię i Nazwisko: Mariusz Piskarczyk
Email: biuro@ochrona-danych.com.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu/ach:
w celu realizacji ustawowych zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Jędrzejowie
4. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:
na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust.1 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jednolity Dz. U. z 2017r. poz. 1769 z późn. zm.); ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2019 r. , poz. 1172 z późn. zm.); ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (t.j. Dz. U. z 2015r. poz. 1390 z późn. zm.); ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 697 z późn. zm.);
5. W razie konieczności dane mogą być udostępnione podmiotom:
upoważnionym na podstawie prawa.
6. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres:
przewidziany prawem, a szczególnie zgodnie Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt.
7. Podanie danych jest niezbędne do wywiązania się z obowiązku prawnego, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest wywiązanie z obowiązku prawnego.
8. Posiada Pani/Pan prawo do:
 - a. żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - b. wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
 - c. przenoszenia danych,
 - d. wniesienia skargi do organu nadzorczego,
9. Podanie danych jest:
obowiązkowe w celu wywiązania się z obowiązków prawnych.
10. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Potwierdzam otrzymanie powyższej informacji i zrozumienie przysługujących mi praw.

Podpis:

Lista załączników do wniosku.

1. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus
2. Oświadczenie wnioskodawcy o dochodach netto w gospodarstwie domowym
3. Oświadczenie wnioskodawcy dotyczące osoby pełniącej funkcję opiekuna na turnusie (jeśli dotyczy).
4. Informacja o turnusie rehabilitacyjnym
5. Klauzula informacyjna/Rodo
6. Aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne.
7. Zaświadczenie ze szkoły/uczelni w przypadku osób w wieku 16-24 uczących się nie pracujących (w przypadku osób posiadających lekki lub umiarkowany stopień niepełnosprawności).
8. Pełnomocnictwo w przypadku małoletniego wnioskodawcy. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej dokument stanowiący opiekę prawną sprawowaną nad podopiecznym.