PCPR.ON._____2021
(wypełnia pracownik PCPR)

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 ..... tel. .....

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**

Opiekun (*wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna):*
imię i nazwisko opiekuna …….....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczę 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 świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Zobowiązuje się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym zaświadczenia o stanie zdrowia, w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach***.

....
(data) (czytelny podpis wnioskodawcy lub opiekuna prawnego)

* 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)

KLAUZULA INFORMACYJNA
dotycząca przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

1) administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Makowie Mazowieckim, adres: ul. Duńskiego Czerwonego Krzyża 3, 06-200 Maków Mazowiecki;
2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pan/Pani kontaktować w sprawach przetwarzania Pana/Pani danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: sekretariat@pcpr-makowmazowiecki.pl;
3) administrator będzie przetwarzał Pana/Pani dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, co wynika z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
5) administrator nie zamierza przekazywać Pana/Pani danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6) ma Pan/Pani prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

1) Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. w ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz w Rozporządzeniu Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej;
2) przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie nierozpatrzenie wniosku;
4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Pana/Pani dane osobowe.

Zapoznałem/łam się z powyższą treścią i przyjąłem/ęłam do wiadomości.

…….
data i czytelny podpis

OŚWIADCZENIE

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, tj. danych kontaktowych zawartych w niniejszym wniosku przez administratora, którym jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Makowie Mazowieckim, adres: ul. Duńskiego Czerwonego Krzyża 3, 06-200 Maków Mazowiecki, **w celu kontaktu telefonicznego i/lub mailowego**. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie.

…….. ……..
(data i miejsce) (podpis)

……
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny
(proszę wypełnić czytelnie)

Imię i nazwisko ……

PESEL albo numer dokumentu tożsamości …….

Adres zamieszkania* ……

……...

Rodzaje schorzenia lub dysfunkcji**

□ dysfunkcja narządu ruchu

□ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

□ dysfunkcja narządu wzroku

□ choroba psychiczna

□ schorzenie układu krążenia

□ dysfunkcja narządu słuchu

□ upośledzenie umysłowe

□ padaczka

□ inne (jakie?)……

……

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie *(należy rozpatrywać w kontekście możliwości samodzielnego uczestniczenia osoby niepełnosprawnej w zabiegach rehabilitacyjnych oraz innych zajęciach przewidzianych w programie turnusu).*

□ **NIE**

□ **TAK** – uzasadnienie: ……...……...

……..

……

……..

……..

Uwagi*:*
(zalecenia/uzasadnienie wniosku, w tym w szczególności w odniesieniu do sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej, tj. dotyczy np. braku możliwości realizacji przez wnioskodawcę kontaktów społecznych w codziennym funkcjonowaniu oraz jej potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych).

.....

.....

.....

.....

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

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

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

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

Imię i nazwisko uczestnika turnusu …….

PESEL albo numer dokumentu tożsamości …….

Adres zamieszkania* ……

……...

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 korzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.

…….. ……

(data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ UCZESTNICZĄCEJ W TURNUSIE REHABILITACYJNYM

I. DANE OSOBOWE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Imię i nazwisko opiekuna ……

PESEL lub data urodzenia…….....…….……..

Adres zamieszkania ……

…….....

Powiat …….....

Stopień pokrewieństwa z uczestnikiem ……..…….....

II. ZOBOWIĄZANIA OPIEKUNA

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej ……
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

uczestniczącej w turnusie rehabilitacyjnym organizowanym w ….....
(nazwa ośrodka)

…….....
(miejscowość)

w terminie: ……..…, zobowiązuję się do sprawowania nad nią stałej
(okres trwania turnusu)

opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego.

Jednocześnie oświadczam, że w roku bieżącym:

1) nie korzystałem/am z dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym,
2) nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
3) nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na tym turnusie rehabilitacyjnym.

…… ……
(miejscowość i data) *(czytelny podpis opiekuna)*

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

7) administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Makowie Mazowieckim, adres: ul. Duńskiego Czerwonego Krzyża 3, 06-200 Maków Mazowiecki;
8) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pan/Pani kontaktować w sprawach przetwarzania Pana/Pani danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: sekretariat@pcpr-makowmazowiecki.pl;
9) administrator będzie przetwarzał Pana/Pani dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, co wynika z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
10) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
11) administrator nie zamierza przekazywać Pana/Pani danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
12) ma Pan/Pani prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

5) Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. w ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz w Rozporządzeniu Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej;
6) przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
7) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie nierozpatrzenie wniosku;
8) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Pana/Pani dane osobowe.

Zapoznałem/łam się z powyższą treścią i przyjąłem/ełam do wiadomości.

……
data i czytelny podpis