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*.....

Numer telefonu: ..... Adres e-mail: .....

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.

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: .....

Adres zamieszkania: .....

.....

Numer telefonu: .....Adres email: .....

Data urodzenia: .....

ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*: .....

postanowieniem Sądu Rejonowego: .....

z dn. ..... sygn. Akt*: .....

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*: .....

z dn. ..... repet. nr .....

....
(data) *(czytelny podpis przedstawiciela ustawowego* opiekuna prawnego* pełnomocnika*)*

---

* 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

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kozienicach, ul. Kochanowskiego 15, 26-900 Kozienice zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04.05. 2016 r.), w celu realizacji zadań ustawowych i statutowych.

…….. .....

data czytelny podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego/pełnomocnika*

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem danych osobowych przetwarzanych w związku z realizacją wniosku jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kozienicach, z siedzibą przy ulicy Kochanowskiego 15, 26-900 Kozienice.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - e-mail: iod@ctserv.pl lub pocztą tradycyjną na adres Administratora.
3. Przysługuje mi prawo dostępu do danych osobowych, ich sprostowania (art. 15 i 16 RODO), usunięcia (art. 17 RODO) lub ograniczenia przetwarzania (art. 18 RODO), przenoszenia danych (art. 20 RODO), prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (art. 21 RODO), a także prawo do cofnięcia zgody.
4. Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązków prawnych ciążących na Administratorze, przede wszystkim zadań zakresu pomocy społecznej, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych oraz wynikających z innych przepisów prawa – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04. 05. 2016 r.).
5. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji w/w celów, z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
6. Mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezes Urzędu Ochrony Danych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
7. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
8. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kozienicach zobowiązuje się nie przekazywać ww. danych podmiotom trzecim, za wyjątkiem osób i instytucji uprawnionych do tego na mocy prawa.

…….. .....

data czytelny podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego/pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ NA TURNUSIE REHABILITACYJNYM

(WYPEŁNIA OPIEKUN, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna na turnusie)

…….
imię i nazwisko opiekuna

……..……...
adres zamieszkania

…….
PESEL

……..…..
data urodzenia

…….
stopień pokrewieństwa z osobą niepełnosprawną

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

podczas turnusu rehabilitacyjnego, oświadczam, iż:

- **jestem/nie jestem*** osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby;
- **będę/nie będę*** pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie.

Zobowiązuję się do sprawowania nad nią ciągłej opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego.

W przypadku skrócenia pobytu jako opiekun osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe zobowiązuję się do zwrotu przyznanego dofinansowania.

…..... .....
data czytelny podpis opiekuna

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kozienicach, ul. Kochanowskiego 15, 26-900 Kozienice zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04. 05. 2016 r.), w celu realizacji zadań ustawowych i statutowych.

…..... .....
data czytelny podpis opiekuna

---

*niepotrzebne skreślić

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem danych osobowych przetwarzanych w związku z realizacją wniosku jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kozienicach, z siedzibą przy ulicy Kochanowskiego 15, 26-900 Kozienice.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - e-mail: iod@ctserv.pl lub pocztą tradycyjną na adres Administratora.
3. Przysługuje mi prawo dostępu do danych osobowych, ich sprostowania (art. 15 i 16 RODO), usunięcia (art. 17 RODO) lub ograniczenia przetwarzania (art. 18 RODO), przenoszenia danych (art. 20 RODO), prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (art. 21 RODO), a także prawo do cofnięcia zgody.
4. Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązków prawnych ciążących na Administratorze, przede wszystkim zadań zakresu pomocy społecznej, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych oraz wynikających z innych przepisów prawa – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04. 05. 2016 r.).
5. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji w/w celów, z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
6. Mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezes Urzędu Ochrony Danych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
7. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
8. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kozienicach zobowiązuje się nie przekazywać ww. danych podmiotom trzecim, za wyjątkiem osób i instytucji uprawnionych do tego na mocy prawa.

…..... .....

data czytelny podpis opiekuna

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