

**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*

.....tel.....

Data urodzenia.....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.....

POSIADANE ORZECZENIE(wybrać tylko jedną opcję zgodnie z orzeczeniem o niepełnosprawności)**

- 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 przecięty miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosiłzł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi.....

Oświadczam, że:

- O wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Śląskiej i nie będę ubiegał się w bieżącym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego).
- Powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Zobowiązuję się do przedstawiania 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.

Załącznik- **kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu)**

Wypełnia PCPR

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O DOCHODACH

Ja.....
/imię i nazwisko/

zamieszkały(a).....
/dokładny adres/

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

Lp.	NAZWISKO	IMIĘ	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA	PRZECIĘTNY MIESIĘCZNY DOCHÓD NETTO W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH ZA KWARTAŁ POPZEDZAJĄCY MIESIĄC ZŁOŻENIA WNIOSKU
1.	WNIOSKODAWCA		_____	
2.				
3.				
4.				
5.				
RAZEM:				

Posiadam gospodarstwo rolne o powierzchni ha/przeliczeniowe/.

Dochód roczny z gospodarstwa wyniósłzł.

Dochód miesięczny z gospodarstwa rolnego.....zł

Oświadczam, że średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w mojej rodzinie wyniósłzłgr.

Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów. Zgodnie z art. 75 §2 KPA, świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 KK za fałszywe składanie zeznania, prawdziwość danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
/miejsowość/

.....
/data/

.....
/czytelny podpis/

.....
/podpis osoby przyjmującej oświadczenie/

Uwaga:

W przypadku podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzją, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez PFRON środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania przez Powiat płatności tych środków.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (w postaci: imię, nazwisko, numer i seria dowodu osobistego, adres zamieszkania, PESEL, data i miejsce urodzenia, informacje o stanie zdrowia i rodziny, numer rachunku bankowego) oraz na administrowanie moimi danymi osobowymi zgodnie z *Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Europy - w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Śląskiej, ul. Wrocławska 2, 55-300 Środa Śląska*, w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o Rehabilitacji Zawodowej i Społecznej oraz Zatrudnianiu Osób Niepełnosprawnych.

.....
podpis wnioskodawcy/lub opiekuna prawnego

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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, iż:

- 1) administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Śląskiej, ul. Wrocławska 2, 55-300 Środa Śląska;
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem e-mail: rodo.hr.consulting@gmail.com lub adresem do korespondencji jest adres administratora.
- 3) celem przetwarzania danych jest realizacja obowiązków wynikających z przepisów prawa - art. 6 ust. 1 lit. c RODO,
- 4) dane udostępnione przez Państwa będą podlegały udostępnieniu podmiotom wykonującym na rzecz administratora zadań z PFRON-u i mogą zostać udostępniane tylko organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;
- 5) administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów dotyczących archiwizacji;
- 7) przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Państwa danych osobowych oraz danych Państwa dzieci narusza przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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).
Organem nadzorczym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 8) Podanie przez Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym.
- 9) dane udostępnione przez Państwa nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

.....
podpis wnioskodawcy/lub opiekuna prawnego

.....
(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**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia | <input type="checkbox"/> inne (jakie?)..... |
-

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
- TAK – uzasadnienie
-
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

**Właściwie zaznaczyć

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

