

**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 Nr telefonu (dobrowolnie)

☐ wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dot. numeru telefonu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim, w celu łatwiejszego kontaktu z Panią/Panem w ramach realizacji niniejszego wniosku o dofinansowanie**

☐ nie wyrażam zgody na przetwarzanie danych osobowych dot. numeru telefonu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim**

Wyrażenie zgody jest dobrowolne i ma na celu ułatwienie kontaktu z Panią/Panem w sprawach związanych z realizacją niniejszego wniosku o dofinansowanie. Niepodanie tych danych nie wpływa na sposób rozpatrzenia wniosku.

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 lub numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:

.....

Data urodzenia:

ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:

.....

.....

postanowieniem Sądu Rejonowego:

.....

.....

z dn. sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

.....

.....

z dn. repet. nr

.....

data

.....

podpis przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*, pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ NA TURNUSIE REHABILITACYJNYM

(UWAGA: WYPEŁNIA TYLKO OPIEKUN, w przypadku jeśli lekarz uznał konieczność
pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym)

Imię i Nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

.....

Pouczony(a) o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań (art. 233 Kodeksu
Karnego, w związku z art.75 kpa)

1. Oświadczam, że będę opiekunem osoby niepełnosprawnej na tym turnusie rehabilitacyjnym.
2. Oświadczam, że nie będę pełnił(a) funkcji członka kadry na tym turnusie.
3. Jestem osobą pełnoletnią *
lub
ukończyłem(am) 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym z osobą niepełnosprawną członkiem rodziny*
4. Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego jako osoba niepełnosprawna oraz nie ubiegam się o takie dofinansowanie.
5. Oświadczam, że nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.

.....

data

.....

podpis opiekuna

* 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**

- | | |
|---|--|
| <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:

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(data)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY **(osoby niepełnosprawnej)**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

- nie mam zaległości wobec PFRON;
- w ciągu trzech lat od daty złożenia niniejszego wniosku nie byłam/em stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie;
- w 2022 roku nie uzyskałam/łam dofinansowania do pobytu na turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON na terenie innego samorządu powiatowego;
- wezmę udział w turnusie, który odbędzie się w ośrodku wpisanym do rejestru ośrodków, prowadzonego przez wojewodę, albo poza takim ośrodkiem, w przypadku gdy turnus jest organizowany w formie niestacjonarnej;
- wybiorę organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusu;
- będę uczestniczył/ła w zajęciach przewidzianych w programie turnusu;
- nie będę pełnił/ła funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

Ocena sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej i jej potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych.

Imię i nazwisko: Wiek :

Rodzaj niepełnosprawności, występujące schorzenia:

Sytuacja zawodowa Wnioskodawcy (właściwie zaznaczyć):

- ☐ dzieci i młodzież do lat 16
- ☐ osoba w wieku od lat 16 do 24, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca i niepracująca,
- ☐ zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- ☐ rencista poszukujący pracy
- ☐ rencista
- ☐ emeryt - dodatkowo pracujący/niepracujący (właściwie zaznaczyć)

Zdolność komunikowania się: (między innymi nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów z innymi ludźmi):

- ☐ pełna ☐ z pomocą ☐ ograniczona, dlaczego?

Zdolność poruszania się:

- ☐ pełna ☐ z pomocą ☐ ograniczona, dlaczego?

Zdolność do samoobsługi:

- ☐ pełna ☐ z pomocą ☐ ograniczona, dlaczego?

Prowadzenie gospodarstwa domowego:

- ☐ samodzielnie ☐ z pomocą ☐ konieczna opieka

Jak Pana/Pani niepełnosprawność wpływa na utrzymywanie kontaktów społecznych (proszę opisać jak często

utrzymuje Pan/Pani kontakty z środowiskiem zewnętrznym):

Oczekiwania osoby niepełnosprawnej odnośnie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym (zaznaczyć jedno najważniejsze)

- ogólna poprawa sprawności psychofizycznej nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych
rozwijanie zainteresowań zabiegi fizjoterapeutyczne

Potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych:

- ☐ podnoszenie samodzielności na poziomie indywidualnym danej osoby
- ☐ nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktów społecznych, porozumiewanie się z innymi
- ☐ pobudzanie aktywności społecznej, przywracanie utraconych zdolności do efektywnego pełnienia ról społecznych
- ☐ korzystanie z zasobów natury i dóbr kultury
- ☐ odkrywanie, rozwijanie zainteresowań
- ☐ integracja społeczna
- ☐ usprawnienie umiejętności samoobsługowych
- ☐ wyrabianie zaradności osobistej
- ☐ rozwijanie zdolności nawiązywania i podtrzymywania kontaktów społecznych
- ☐ rozbudzanie motywacji integracyjnych

.....
(data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

WYPEŁNIA PCPR

Ocena sytuacji społecznej i potrzeb rozwijania umiejętności społecznych Wnioskodawcy

- ☐ uzasadnia udział w turnusie rehabilitacyjnym
- ☐ nie uzasadnia udziału w turnusie rehabilitacyjnym

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis pracownika socjalnego)

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwanego dalej RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana/dziecka/podopiecznego danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, z siedzibą w Nowym Mieście Lubawskim, ul. Grunwaldzka 3, adres e-mail: sekretariat@pcprnml.pl, tel. 56 474 31 96.
2. Kontakt z Inspektorem ochrony danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim jest możliwy poprzez adres e-mail: iod@pcprnml.pl lub pod numerem tel. 56 474 31 96.
3. Pani/Pana/dziecka/podopiecznego dane osobowe będą przetwarzane w celu wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w związku z realizowaniem zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim na podstawie art. 6 ust.1 lit. c lub art. 9 ust. 2 lit. b RODO oraz zadań określonych w:
 - Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
 - Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym w ust. 3 Pani/Pana/dziecka/podopiecznego dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom danych osobowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
5. Pani/Pana/dziecka/podopiecznego dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego w ust. 3 celu przetwarzania, nie krótszy niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
6. W związku z przetwarzaniem przez Administratora Pani/Pana/dziecka/podopiecznego danych osobowych przysługuje Pani/Panu:
 7. prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO,
 8. prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO,
 9. prawo do usunięcia danych, na podstawie art. 17 RODO,
 10. prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO,
 11. prawo do przenoszenia danych, na podstawie art. 20 RODO,
 12. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, na podstawie art. 21 RODO,
13. w przypadku, jeśli przetwarzanie Pani/Pana/dziecka/podopiecznego danych osobowych odbywa się na podstawie zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) przysługuje Pani/Panu do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
14. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
15. Podanie przez Panią/Pana/dziecka/podopiecznego danych osobowych jest warunkiem prowadzenia Pani/Pana sprawy w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim i jest:
 - obowiązkowe, jeżeli zostało to określone w przepisach prawa, konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości prowadzenia sprawy.
 - dobrowolne, jeżeli odbywa się na podstawie Pani/Pana zgody,
 - podanie numeru telefonu dobrowolne i wykorzystane będzie jedynie w celu kontaktu z Panem/Panią w sprawach związanych z realizacją złożonego wniosku.
16. Pani/Pana/dziecka/podopiecznego dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
17. Administrator danych nie będzie przekazywać Pani/Pana/dziecka/podopiecznego danych osobowych, do państwa trzeciego oraz organizacji międzynarodowej.

.....
(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

.....
(data i czytelny podpis opiekuna Wnioskodawcy
o ile dotyczy)