

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.....

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 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, wyniósł 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)

.....
(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"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> inne (jakie?)..... |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- Nie
- Tak – uzasadnienie.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
** Właściwie zaznaczyć

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

PCPR.530. . .2018

**SYTUACJA SPOŁECZNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ I JEJ POTRZEBY
W ZAKRESIE ROZWIJANIA UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH**

A. WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA (OPIEKUN PRAWNY)

1. Imię i nazwisko

Wiek wnioskodawcy.....

2. Ocena sytuacji społecznej wnioskodawcy

1). Proszę opisać jak Pani/Pana/dziecka* niepełnosprawność wpływa na zaspakajanie codziennych potrzeb życiowych i społecznych.

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

2). Wnioskodawca (podopieczny) utrzymuje kontakty ze środowiskiem, innymi osobami (właściwe zaznaczyć):

- bardzo często
- często
- regularnie
- nieregularnie
- sporadycznie
- rzadko
- nie utrzymuje kontaktów (proszę napisać dlaczego ?)

.....
.....

3). Ocena sytuacji zawodowej wnioskodawcy (właściwe 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
- bezrobotny
- rencista poszukujący pracy
- rencista
- emeryt - dodatkowo pracujący/niepracujący (właściwe zaznaczyć)

3. Potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych (właściwe zaznaczyć):

- 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
- zgodnie z wiekiem **

* dotyczy turnusu rehabilitacyjnego dla dziecka

** dotyczy dzieci w wieku do lat 3

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

B. 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 danych osobowych, danych osobowych Pani/Pana dziecka/podopiecznego 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 dane osobowe, dane osobowe Pani/Pana dziecka/podopiecznego 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. a i lit. c 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 dane osobowe, dane osobowe Pani/Pana dziecka/podopiecznego mogą być udostępniane innym odbiorcom danych osobowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe, dane osobowe Pani/Pana dziecka/podopiecznego 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 Pana/Pani danych osobowych, danych osobowych Pani/Pana dziecka/podopiecznego przysługuje Pani/Panu:
 - 1) prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 RODO,
 - 2) prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO,
 - 3) prawo do usunięcia danych, na podstawie art. 17 RODO,
 - 4) prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 RODO,
 - 5) prawo do przenoszenia danych, na podstawie art. 20 RODO,
 - 6) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, na podstawie art. 21 RODO,
 - 7) w przypadku, jeśli przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych, danych osobowych Pani/Pana dziecka/podopiecznego 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.
7. 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.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych, danych osobowych dziecka/podopiecznego jest warunkiem prowadzenia Pani/Pana sprawy w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim i jest:
 - 1) obowiązkowe, jeżeli zostało to określone w przepisach prawa, konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości prowadzenia sprawy.
 - 2) dobrowolne, jeżeli odbywa się na podstawie Pani/Pana zgody.
9. Pani/Pana dane osobowe, dane osobowe Pani/Pana dziecka/podopiecznego nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
10. Administrator danych nie będzie przekazywać Pani/Pana danych osobowych, danych osobowych Pani/Pana dziecka/podopiecznego do państwa trzeciego oraz organizacji międzynarodowej.

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