

**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 urodzeniaNr telefonu**

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.

** Dane nieobowiązkowe.

*** Właściwe zaznaczyć.

***** Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

Wypełnia PCPR

.....

(data wpływu wniosku do PCPR)

.....

(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

Pouczenie: Informuję, że ma Pani/Pan prawo w każdym momencie wycofać wyrażoną zgodę bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano przed jej wycofaniem. W celu wycofania zgody, proszę skontaktować się z wyznaczonym inspektorem ochrony danych pod adresem: iod@odosc.pl.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych, ja niżej podpisana/y,, wyrażam zgodę na przetwarzanie przez **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Wyszkanie** (07-202), przy ul. Świętojańskiej 82A, reprezentowane przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wyszkanie (Administrator Danych Osobowych) **moich nieobowiązkowych danych osobowych** zawartych w niniejszym formularzu w celu późniejszych kontaktów w przedmiotowej sprawie.

TAK

NIE

Wyszkanie, dnia r.

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

Warstwowa klauzula informacyjna:

Na podstawie art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (dalej: „RODO”) informuję, że administratorem Pani/Pana danych osobowych/ danych osobowych osoby, dla której występuje Pani/Pan o udzielenie dofinansowania jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wyszkanie (ul. Świętojańska 82A, 07-202 Wyszkanie), reprezentowane przez Dyrektora. We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych/ danych osobowych osoby, dla której występuje Pani/Pan o udzielenie dofinansowania może się Pani/Pan skontaktować z inspektorem ochrony danych dostępnym pod adresem: iod@odosc.pl. Pani/Pana dane osobowe/ dane osobowe osoby, dla której występuje Pani/ Pan o udzielenie dofinansowania będą przetwarzane w celach związanych z dofinansowaniem uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO (przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze) oraz, w przypadku wyrażenia przez Panią/Pana zgody na przetwarzanie nieobowiązkowych danych osobowych, w celach realizacji kontaktu pozostających w związku z w/w zadaniem – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO. Pełna treść klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania Pani/Pana danych osobowych/ danych osobowych osoby, dla której występuje Pani/Pan o udzielenie dofinansowania znajduje się w siedzibie Administratora oraz na stronie internetowej pod adresem: www.pcpr-wyszkow.pl/rodo.

Oświadczenia Wnioskodawcy

Oświadczam, że zostałem(łam) skierowany na turnus rehabilitacyjny na wniosek lekarza, pod którego opieką się znajduję;

Oświadczam, że w roku, w którym ubiegam się o dofinansowanie, nie uzyskałem(łam) na ten cel dofinansowania ze środków Funduszu;

Oświadczam, że 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;

Oświadczam, że wybiorę organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusów;

Oświadczam, że będę uczestniczył(a) w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybrałem(łam);

Oświadczam, że nie będę pełnił(a) funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu;

Oświadczam, że złożyłem(łam) oświadczenie o wysokości dochodu obliczonego zgodnie z art. 10e ust. 1 ustawy wraz z informacją o liczbie osób we wspólnym gospodarstwie domowym;

Oświadczam, że w przypadku turnusu, którego program przewiduje także zabiegi fizjoterapeutyczne, przedstawię podczas pierwszego badania lekarskiego na turnusie zaświadczenie lekarskie o aktualnym stanie zdrowia, a w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach.

Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikających z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2019 r., poz. 1950 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

Zostałem/am poinformowany(a), że w przypadku:

1. skrócenia uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe osoba niepełnosprawna ponosi koszty pobytu na tym turnusie;
2. skrócenia pobytu opiekuna osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe opiekun ponosi koszty pobytu na tym turnusie.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)