

Data wpływu:
Nr wniosku SOW:
RON.700.

**Wniosek o dofinansowanie
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**
(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzic bądź opiekun prawny)

WNIOSEK PROSZE WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię i nazwisko
PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....
Adres zamieszkania*.....
Telefon.....
Data urodzenia.....
E-mail

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.....
Imię i nazwisko opiekuna.....
(wypełnić, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

POSIADANE ORZECZENIE**

- a) o stopniu niepełnosprawności Znacznym Umiarkowanym Lekkim
- b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów I II III
- c) o całkowitej niezdolności do pracy 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
- Orzeczenie ma charakter**:
 trwały okresowy do dnia.....

DODATKOWE INFORMACJE:

- 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
- Osoba ucząca się nie pracująca** Tak Nie

OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że przeciętny **miesięczny dochód NETTO**, 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...../jestem osobą samotną**

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.***

..... r.
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy
zawierający Imię i Nazwisko)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć

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

Wypełnia PCPR

.....
Data wpływu wniosku
do PCPR

.....
podpis pracownika

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY
dla małoletniego wnioskodawcy – rodzic lub opiekun prawny,
dla osoby ubezwłasnowolnionej - opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko:

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania.....

Tel:

Data urodzenia:

Ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:

.....
postanowieniem Sądu Rejonowego:

z dn. sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

z dn. repet. nr

..... r.

data

.....

czytelny podpis
rodzica
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:**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku | <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:

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

.....
(data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** właściwe zaznaczyć

OŚWIADCZENIE*
opiekuna osoby niepełnosprawnej
dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

Imię i nazwisko:

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej
zobowiązuję się do sprawowania nad nią ciągłej opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego.
Oświadczam, że jest mi wiadomym, że dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego dla osób
niepełnosprawnych przysługuje jeden raz w roku.
Oświadczam, że nie będę jednocześnie pełnić funkcji członka kadry na turnusie, oraz, że nie jestem
osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.

..... r.
/data - dzień, miesiąc, rok/

.....
/czytelny podpis opiekuna
zawierający Imię i Nazwisko/

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Informujemy, że poniższa zgoda może być w dowolnym momencie wycofana przez osobę, która jej udzieliła. Wycofanie zgody, nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Oświadczenie o wycofaniu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej na podany wyżej adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku.

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci:

numeru telefonu.....

e-mail

przez administratora danych, którym jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Szczecinku, ul. Wiatraczna 1, 78-400 Szczecinek w celu ułatwienia kontaktu podczas prowadzenia postępowania w sprawie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.

2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawach przysługujących mi w związku z przetwarzaniem moich danych.

..... r.
/data - dzień, miesiąc, rok/

.....
/czytelny podpis opiekuna
zawierający Imię i Nazwisko/

*wypełnić tylko w przypadku, jeśli lekarz stwierdził konieczność pobytu opiekuna osoby niepełnosprawnej na turnusie.

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Wiatraczna 1
78-400 Szczecinek
Tel 94 71 37 112



KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (Dz.U. UE L. z 2016 r. Nr 119 str.1) zwaną dalej RODO – informuję, iż:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku. Można się z nami skontaktować przysyłając korespondencję na adres: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku, ul. Wiatraczna 1, 78-400 Szczecinek, e-mail: pcprszczecinek@wp.pl, lub telefonicznie: 94 71 37 101.
2. W sprawach dotyczących przetwarzania przez nas danych osobowych może się Pani/Pan kontaktować z inspektorem ochrony danych kierując korespondencję na ww. adres z dopiskiem Inspektor Ochrony Danych, lub na adres e-mail: iod@powiat.szczecinek.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w celu rozpatrzenia Pani/Pana wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do **uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**, a także przekazania oraz rozliczenia przyznanego dofinansowania, w związku z art. 35a pkt 7 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r., poz. 100 z późn. zm.) oraz z przepisami rozdziału III Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz.U. z 2007 r. Nr 230 poz. 1694 z późn. zm.; podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych będzie również art. 6 ust. 1 lit. a RODO tzn. wyrażona przez Panią/Pana zgoda na przetwarzanie danych osobowych, których podanie jest dobrowolne i nie wynika z wymogów prawa, cel przetwarzania tych danych osobowych będzie wskazywany każdorazowo w czasie uzyskiwania Pani/Pana zgody.
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą organy publiczne, jednostki lub inne podmioty, którym mogą być ujawnione dane, sprzedawcy, usługodawcy, kurierzy oraz operator pocztowy, w zakresie niezbędnym do doręczenia korespondencji.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt przez okres 10 lat liczony w pełnych latach kalendarzowych począwszy od dnia 1 stycznia roku następnego od daty zakończenia sprawy lub wymagań na podstawie ww. ustaw.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania oraz w uzasadnionych przypadkach prawo do żądania ograniczenia przetwarzania, w odniesieniu do danych osobowych przetwarzanych na podstawie zgody przysługuje Pani/Panu prawo do żądania usunięcia danych oraz prawo do przenoszenia danych.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane w procesie zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.
9. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy rozporządzenia RODO.
10. W przypadku gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest obowiązkowe, natomiast gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.

Zgoda przetwarzanie danych osobowych

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku jako administrator danych osobowych informuje, że niniejsza zgoda może być w dowolnym momencie wycofana przez osobę, która jej udzieliła. Wycofanie zgody, nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. W celu cofnięcia zgody należy skontaktować się z Administratorem i złożyć oświadczenie o wycofaniu wyrażonej uprzednio zgody na przetwarzanie danych osobowych.

Ja niżej podpisana/-y

.....

(imię i nazwisko)

wyrażam zgodę na przetwarzanie, przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku, moich danych osobowych obejmujących:

numer telefonu:

(jeżeli wyraża Pani/Pan zgodę proszę wpisać numer telefonu)

adres e-mail:

(jeżeli wyraża Pani/Pan zgodę proszę wpisać adres e-mail)

cel przetwarzania: Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu ułatwienia kontaktu podczas prowadzenia postępowania w sprawie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.

.....

Data i podpis

Lp.	ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub równoważne.
2.	Zaświadczenie lekarskie wypełnione w języku polskim.
3.	Klauzula informacyjna.
4.	Przedstawiciel ustawowy (dla małoletnich lub dla osoby ubezwłasnowolnionej).

Wyszukiwarka organizatorów i ośrodków organizujących turnusy rehabilitacyjne (14 dniowe) posiadające wpis do rejestru organizatorów turnusów rehabilitacyjnych i ośrodków rehabilitacyjnych prowadzącego przez wojewodę:

Strona internetowa: **empatia.mpips.gov.pl**

Szukamy w zakładce rejestr organizatorów turnusów rehabilitacyjnych lub rejestr ośrodków turnusów rehabilitacyjnych.

Przypominamy !!! – Ośrodki wybrane przez Państwa powinien przyjmować osoby z dysfunkcją występującą w orzeczeniu o niepełnosprawności ewentualnie z dysfunkcją wynikającą z zaświadczenia lekarskiego dołączonego do wniosku (dotyczy orzeczeń ZUS).

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej w jej imieniu rodzice, bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania*.....

Tel:

Rodzaj turnusu:**

- usprawniająco-rekreacyjny;
- rekreacyjno-sportowy i sportowy;
- szkoleniowy;
- psychoterapeutyczny;
- rozwijający zainteresowania i uzdolnienia;
- nauki niezależnego funkcjonowania z niepełnosprawnością.

Termin turnusu: od r. do r.

• **Dane organizatora turnusu:**

Nazwa

Adres (z kodem pocztowym)

Tel:

• **Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus:**

Nazwa

Adres (z kodem pocztowy)

Tel:

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 systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników.

..... r.
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy
zawierający Imię i Nazwisko)

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** zaznaczyć właściwe