

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

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

Nr telefonu

POSIADANE ORZECZENIE **

a) o stopniu niepełnosprawności znacznym umiarkowanym lekkim
Numer orzeczenia:

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 o niezdolności do samodzielnej
rolnym 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)

**Informacje uzupełniające do wniosku
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*

.....
Imię i Nazwisko Wnioskodawcy

.....
Miejscowość , data

.....
Adres

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że są mi znane następujące informacje:

- a) turnus rehabilitacyjny musi trwać co najmniej 14 dni,
- b) dofinansowanie uczestnictwa osoby niepełnosprawnej w turnusie rehabilitacyjnym może być wykorzystane jedynie przez osobę, której zostało przyznane.
- c) w przypadku skrócenia uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym przez osobę niepełnosprawną lub jego opiekuna, z przyczyn innych niż losowe osoba niepełnosprawna bądź opiekun, ponosi całkowite koszty pobytu na tym turnusie.
- d) turnus rehabilitacyjny musi się odbyć w ośrodku uprawnionym do organizowania turnusów rehabilitacyjnych, który posiada aktualny wpis do rejestru ośrodków.
- e) wybrany organizator turnusu rehabilitacyjnego musi posiadać wpis do rejestru organizatorów turnusów.

2. Oświadczam, że:

- a) zostałem/am poinformowany/na, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania,
- b) w przypadku turnusu, którego program przewiduje także zabiegi fizjoterapeutyczne, przedstawię podczas pierwszego badania lekarskiego na turnusie zaświadczenie lekarskie o aktualnym stanie zdrowia (sporządzone nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą rozpoczęcia turnusu), w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach,
- c) nie będę pełnił/ ła funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu,
- d) w roku, w którym ubiegałem/am się o dofinansowanie, nie uzyskałem/am na ten cel dofinansowania ze środków Funduszu,
- e) będę uczestniczył/a w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybrałem/am.

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

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA

Osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym

Imię i nazwisko opiekuna

PESEL

Adres zamieszkania

Na turnusie rehabilitacyjnym będę opiekunem

(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

1. Oświadczam, że:

a) nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na tym turnusie,

b) nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu,

c) nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,

d) ukończyłem 18 lat* lub

e) ukończyłem 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej*.

* właściwe zaznaczyć

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

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis Opiekuna)

.....
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"/> schorzenia 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

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Zaświadczenie o stanie zdrowia

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

.....

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

.....

.....

Choroby współistniejące, potrzeby operacyjne

.....

.....

.....

Uczulenia

.....

.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie)

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

„Zaświadczenie o stanie zdrowia” należy wypełnić nie wcześniej niż na trzy miesiące przed datą rozpoczęcia turnusu.

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

(wypełnia Wnioskodawca, rodzic, opiekun prawny, pełnomocnik)

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania **

Opis sytuacji społecznej:

Sytuacja zawodowa:

- a) osoba pracująca tak nie*,
- b) osoba bezrobotna tak nie*,
- c) rencista/emeryt*
- d) osoba w wieku do 24 (ucząca się i nie pracująca tak nie*
- e) dzieci i młodzież do lat 18 tak nie*

Sytuacja rodzinna – osoba zamieszkuje:

- a) samotnie,
- b) z rodziną – prowadzi wspólne gospodarstwo domowe,
- c) z rodziną – prowadzi odrębne gospodarstwo domowe,
- d) w placówce całodobowej (np. dom pomocy społecznej)

Zaradność życiowa (rozwiązywanie codziennych problemów, podejmowanie decyzji dotyczących własnej osoby, załatwianie różnych spraw m.in. urzędowych)*

- a) samodzielnie,
- b) z pomocą osób drugich,
- c) wymaga całkowitej obsługi i pielęgnacji osób drugich.

Komunikowanie się z innymi osobami*

- a) samodzielnie,
- b) ograniczona, z pomocą osób drugich,
- c) brak zdolności.

Zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych (spożywanie posiłków, toaleta, ubiór):*

- a) samodzielnie,
- b) częściowo przy pomocy osób drugich,
- c) wymaga całkowitej pomocy osób drugich.

Sprawność ruchowa:*

- a) porusza się samodzielnie,
- b) porusza się okresowo przy pomocy kul/ porusza się wyłącznie przy pomocy kul,
- c) porusza się na wózku inwalidzkim, balkoniku samodzielnie w terenie dostępnym,
- d) porusza się na wózku inwalidzkim w okresach nasilenia dolegliwości,
- e) porusza się na wózku inwalidzkim tylko przy pomocy osoby drugiej,
- f) leżąca, nie jest w stanie poruszać się na wózku inwalidzkim nawet przy pomocy osób trzecich.

Uczestniczenie w życiu społecznym:*

- a) przynależność do związków/ organizacji/ stowarzyszeń działających na rzecz osób niepełnosprawnych tak nie*
- b) uczestnictwo w warsztacie terapii zajęciowej tak nie*
- c) uczestnictwo w zajęciach ośrodka wsparcia tak nie*
- d) samodzielne korzystanie ze środków komunikacji tak nie*
- e) umiejętność posługiwania się komputerem i korzystanie z Internetu tak nie*

Zdolność do funkcjonowania w środowisku szkolnym (jeżeli dotyczy)*

- a) dziecko uczęszcza do żłobka, przedszkola ogólnodostępnego/specjalnego/integracyjnego, szkoły ogólnodostępnej/specjalnej/integracyjnej,
- b) dziecko korzysta z nauczania indywidualnego.

Potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych:

- a) wyrabianie zaradności osobistej, poprawa samoobsługi: tak nie**
- b) nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych w tym kształtowanie umiejętności porozumiewania się z innymi, współdziałania w grupie: tak nie**
- c) pobudzanie aktywności społecznej, przywracanie utraconych zdolności do pełnienia ról społecznych: tak nie**
- d) wdrażanie do korzystania z dóbr kultury: tak nie**
- e) realizacja i rozwijanie zainteresowań: tak nie**
- f) rozbudzanie motywacji integracyjnych, wyjścia z izolacji: tak nie**

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

.....
Data

.....
podpis Wnioskodawcy/opiekuna prawnego/
pełnomocnika

* Właściwe zaznaczyć.

** W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

WYPEŁNIA pracownik PCPR

Oceniając sytuację społeczną osoby niepełnosprawnej i jej potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych uznaje się zasadnym/ niezasadnym* udzielenie dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON.

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

Proszowice, dnia

.....
Podpis pracownika socjalnego

*Właściwe zaznaczyć.

KLAUZULA INFORMACYJNA

W związku z realizacją wymogów 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż we wszystkich wnioskach składanych drogą elektroniczną jak i papierową:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Proszowicach, ul. 3 Maja 72, 32-100 Proszowice;
2. Na mocy art. 37 ust. 1 lit. a RODO, Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym można skontaktować się poprzez e-mail: iod@pcpr.proszowice.pl, telefonicznie pod nr. 12 386-29-60; 517-847-661 lub pisemnie za pomocą poczty pod adresem: PCPR w Proszowicach ul. 3 Maja 72, 32-100 Proszowice z dopiskiem Inspektor Ochrony Danych Osobowych;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:
 - a) przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia zadań określonych przepisami prawa;
 - b) przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;
 - c) przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi;
 - d) w innych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody;

na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust.2 lit. g - ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;

4. Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa;
5. Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji wskazanych w pkt. 3 celów, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy prawa;
6. Posiada Pani/Pan prawo do: żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub o prawie do wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych;
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016;
8. Podanie Pani/Pana danych jest wymogiem ustawowym, wynika z realizacji obowiązków wynikających z przepisów prawa.

.....
Data i podpis

PEŁNOMOCNICTWO

Dane osoby, która udziela pełnomocnictwa:

Imię/imiona.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)

.....

Adres do korespondencji.....

Numer telefonu.....

Numer e-mail.....

Oświadczenie o udzieleniu pełnomocnictwa:

Niniejszym udzielam pełnomocnictwa Pani/Panu:

Imię/imiona.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)

.....

Adres do korespondencji.....

Numer telefonu.....

Numer e-mail.....

Pełnomocnictwo obejmuje upoważnienie do dokonywania na rzecz mocodawcy wszystkich czynności związanych z wnioskiem o dofinansowanie złożonym w systemie SOW, a w szczególności do podpisania, poprawiania i uzupełniania wniosku o dofinansowanie w systemie SOW, udzielania wyjaśnień i informacji potrzebnych w trakcie rozpatrywania wniosku o dofinansowanie, zawarcia i rozliczenia umowy o dofinansowanie oraz wszelkich działań związanych z realizacją zobowiązań wynikających z umowy dofinansowania zawartej na podstawie wniosku o dofinansowanie. Dla realizacji ww. celów stanowiących przedmiot pełnomocnictwa, niniejsze pełnomocnictwo upoważnia do posługiwania się jego skanem w sieci informatycznej systemu SOW, jak również do okazania/przesłania na wezwanie wersji papierowej oryginału niniejszego pełnomocnictwa lub prawidłowo poświadczonego odpisu pełnomocnictwa.

Pełnomocnictwa udziela się na czas niezbędny do realizacji wszystkich ww. czynności związanych ze złożonym w systemie SOW wnioskiem o dofinansowanie. Pełnomocnictwo może być odwołane przez mocodawcę w każdym czasie.

Potwierdzam prawdziwość i aktualność danych zawartych w niniejszym pełnomocnictwie. Zmiana treści pełnomocnictwa wymaga wprowadzenia do systemu SOW nowego dokumentu pełnomocnictwa, za wyjątkiem

zmian danych adresowo-kontaktowych pełnomocnika, o których pełnomocnik poinformuje za pośrednictwem systemu SOW.

.....
data

.....
czytelny podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa

Miejscowość, data

Pani/Pan

.....

Niniejszym odwołuję pełnomocnictwo udzielone Pani/Panu w dniu obejmujące upoważnienie do dokonywania na moją rzecz wszystkich czynności związanych z wnioskiem o dofinansowanie złożonym w systemie SOW, a w szczególności do podpisania, poprawiania i uzupełniania wniosku o dofinansowanie w systemie SOW, udzielania wyjaśnień i informacji potrzebnych w trakcie rozpatrywania wniosku o dofinansowanie, zawarcia i rozliczenia umowy o dofinansowanie oraz wszelkich działań związanych z realizacją zobowiązań wynikających z umowy dofinansowania zawartej na podstawie wniosku o dofinansowanie oraz posługiwanie się jego skanem w sieci informatycznej systemu SOW, jak również do okazania/przestania na wezwanie wersji papierowej oryginału udzielonego pełnomocnictwa lub prawidłowo poświadczonego odpisu pełnomocnictwa.

Jednocześnie proszę o niezwłoczny zwrot dokumentu pełnomocnictwa oraz przekazanie skanu mojego oświadczenia o odwołaniu pełnomocnictwa do systemu SOW.

.....
data

.....
czytelny podpis osoby odwołującej pełnomocnictwo