

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO WNIOSKU – TURNUSY REHABILITACYJNE

1. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności - os. dorosłe lub orzeczenie o niepełnosprawności w przypadku osób do 16 – go roku życia lub dokument równoważny (oryginał do wglądu),
2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny (wypełnia lekarz, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna),
3. W przypadku osób niepełnosprawnych uczących się i niepracujących w wieku 16 - 24 lat, należy dołączyć aktualne zaświadczenie ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki,
4. Zaświadczenie o zatrudnieniu bądź o rejestracji w Powiatowym Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna lub poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu (o ile dotyczy),
5. Oświadczenia przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika (o ile dotyczy),
6. W przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego należy dołączyć pełnomocnictwo lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu),
7. Podpisaną klauzulę informacyjną RODO.

INFORMACJE W SPRAWIE DOFINANSOWANIA
ZE ŚRODKÓW PFRON UDZIELA
PUNK OBSŁUGI INTERESANTA
POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE
W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM, UL. ŚWIĘTOKRZYSKA 22, POKÓJ NR 6.7
TEL. 41 249 94 19

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

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

.....

(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:

.....

Numer telefonu:

Adres email:

Data urodzenia:

ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:

.....

postanowieniem Sądu:

.....

z dn. sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

.....

z dn. repet. nr

.....

(data)

*(podpis
przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*
pełnomocnika*)*

Informacje uzupełniające do wniosku

DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu:

Adres e-mail:

.....

(data)

(podpis)

* 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 **

- | | |
|---|--|
| ☐ dysfunkcja narządu ruchu | ☐ upośledzenie umysłowe |
| ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | ☐ choroba psychiczna |
| ☐ dysfunkcja narządu wzroku | ☐ padaczka |
| ☐ dysfunkcja narządu słuchu | ☐ inne (jakie?) |
| ☐ schorzenia układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- ☐ NIE
- ☐ TAK – uzasadnienie
-
-
-
-

UWAGI

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć

KLAUZULA INFORMACYJNA

dotycząca przetwarzania danych osobowych
na potrzeby realizacji zadań finansowanych ze środków PFRON

Administrator danych osobowych

Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowcu Świętokrzyskim (dalej jako PCPR) ul. Świętokrzyska 22, 27-400 Ostrowiec Świętokrzyski, nr tel.: 41 2499408, e-mail: sekretariat@pcpr.ostrowiec.pl.

Inspektor Ochrony Danych

Z Inspektorem Ochrony Danych w PCPR w Ostrowcu Świętokrzyskim można się kontaktować pisząc na adres e-mail: iod@pcpr.ostrowiec.pl,

Cel i podstawa prawna przetwarzania danych osobowych

Państwa dane osobowe zawarte we wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i w załącznikach do niego, będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku, udzielenia dofinansowania, zawarcia umowy oraz w celu archiwalnym.

Podstawę prawną przetwarzania tych danych osobowych stanowi:

- art. 6 ust. 1 lit. b RODO – gdy przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy);
- art. 6 ust. 1 lit. c RODO (gdy przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze);
- art. 9 ust. 2 lit. b RODO (gdy przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej);

Odbiorcy danych

Dane osobowe będą udostępnione do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz innych podmiotów zaangażowanych w realizację wniosków (zadań) o stosowne dofinansowanie.

Okres przechowywania danych

Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 pełnych lat kalendarzowych, liczonych od zakończenia sprawy zgodnie z kategorią archiwalną określającą okres przechowywania akt sprawy w archiwum.

Prawa osób, których dane dotyczą

Posiadają Państwo prawo do dostępu do treści swoich danych, oraz prawo do ich sprostowania.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

W przypadku uznania, że przetwarzanie danych narusza przepisy RODO przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Obowiązek / dobrowolność podania danych osobowych

Podanie danych osobowych jest nieodzownym wymogiem ustawowym ubiegania się o uzyskanie dofinansowania. Konsekwencją niepodania danych będzie pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

Informacje o profilowaniu

W związku z przetwarzaniem danych osobowych nie będzie dochodziło do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.

.....
(data i czytelny podpis)