# Wniosek przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, tel. 85 682 36 42

## Numer sprawy (wypełnia Urząd): …

### Dane Wnioskodawcy:

1. Imię i nazwisko:
2. PESEL albo numer tożsamości:
3. Data urodzenia:
4. Telefon:
5. Adres zamieszkania[[1]](#footnote-1):
6. Adres do korespondencji:
7. Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym:

### Dane przedstawiciela ustawowego:

1. Imię i nazwisko:
2. PESEL:
3. Telefon:
4. adres zamieszkania:
5. Ustanowiony opiekun/pełnomocnik[[2]](#footnote-2): postanowieniem Sądu Rejonowego … z dnia … syg. akt … na mocy pełnomocnictwa udzielonego przez notariusza z dnia… repet. Nr …

### Posiadane orzeczenie[[3]](#footnote-3):

#### O stopniu niepełnosprawności:

* Znacznym/ Umiarkowanym/ Lekkim[[4]](#footnote-4)
* osoba w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności

#### o zaliczeniu do jednej z grup inwalidzkich:

* I grupa/ II grupa/ III grupa

#### O niezdolności[[5]](#footnote-5):

* całkowitej niezdolności do pracy
* częściowej niezdolności do pracy
* niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym
* niezdolności do samodzielnej egzystencji
* niepełnosprawności osoby do 16 roku życia.

#### Rodzaj niepełnosprawności:

* narząd ruchu
* narząd słuchu i mowy
* narząd wzroku
* deficyt rozwojowy
* inne: …

### Korzystałem/am z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON[[6]](#footnote-6):

* TAK, w roku:
* NIE

### Jestem zatrudniony/a w zakładzie pracy chronionej[[7]](#footnote-7)

* Tak/ Nie

### Imię i nazwisko opiekuna

 (wpisz, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

### Oświadczenia

1. Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił … złotych[[8]](#footnote-8).
2. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: …
3. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.
4. Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia[[9]](#footnote-9).

### Informacja o załącznikach do wniosku:

Do wniosku należy dołączyć kopię ważnego orzeczenia.

Data:

Czytelny podpis wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego:

## Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie:

Data wpływu wniosku:

Pieczęć PCPR i podpis pracownika:

# Oświadczenia

### Obowiązek RODO

Oświadczam ,że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/danych osobowych mojego dziecka, danych osobowych mojego podopiecznego dla potrzeb niezbędnych w otrzymaniu dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zgodnie z art. 6 ust. 1 lit.a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r.

Data i czytelny podpis Wnioskodawcy:

### Oświadczenie o spełnieniu przez osobę niepełnosprawną warunków określonych w § 4 ust.1 pkt 5 i 6 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1694 ze zm.)

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej:…

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że: nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na wybranym turnusie rehabilitacyjnym i nie będę opiekunem innej osoby niepełnosprawnej na tym turnusie. Zobowiązuję się uczestniczyć w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybiorę.

Data i czytelny osoby niepełnosprawnej lub przedstawiciela ustawowego:

### Oświadczenie opiekuna osoby niepełnosprawnej o spełnieniu przez osobę niepełnosprawną warunków określonych w § 4 ust.2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1694 ze zm.)

Imię i nazwisko:

PESEL:

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że: jako opiekun/ka osoby niepełnosprawnej:

1. nie będzie pełnił członka kadry na tym turnusie,
2. nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby ,
3. ukończył 18 lub, ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej

Data i czytelny podpis składającego oświadczenia:

### Oświadczenie o pobieraniu nauki i nie wykonywaniu pracy (dotyczy osoby niepełnosprawnej w wieku od 16 do 24 lat)

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej:

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że uczę się i pracuję/uczę się i nie pracuję[[10]](#footnote-10).

Data i czytelny podpis składającego oświadczenia:

Pieczęć zakładu:

# Wniosek lekarski o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Miejsce na pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego:

1. Imię i nazwisko uczestnika turnusu:
2. PESEL albo numer tożsamości:
3. Adres zamieszkania:
4. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji[[11]](#footnote-11):
* dysfunkcja narządu ruchu
* dysfunkcja narządu słuchu
* osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
* dysfunkcja narządu wzroku
* upośledzenie umysłowe
* choroba psychiczna
* padaczka
* schorzenie układu krążenia
* inne - wypisz jakie:
1. Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:
* Nie
* Tak – uzasadnianie:

….

….

….

1. Uwagi

….

….

….

Data:

Podpis i pieczątka lekarza:

## Załącznik do wniosku o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

### Dane osobowe

* Imię i nazwisko:
* PESEL:

### Dane opiekuna prawnego lub pełnomocnika

* Imię i nazwisko:
* PESEL:

### Sytuacja rodzinna:

Osoba zamieszkująca[[12]](#footnote-12):

* samotnie/ z rodziną

### Źródła utrzymania[[13]](#footnote-13):

* wynagrodzenie za pracę/ renta/ emerytura/ zasiłki z pomocy społecznej/ pomoc finansowa rodziny/ inne świadczenia – wpisz jakie

### Możliwość samodzielnego funkcjonowania[[14]](#footnote-14)

* wykonywanie czynności samoobsługowych: samodzielnie/z pomocą
* prowadzenie gospodarstwa domowego: samodzielnie/z pomocą
* poruszanie się w środowisku: samodzielnie/z pomocą

### Potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych[[15]](#footnote-15)

* wyrabianie zaradności osobistej, poprawa samoobsługi: tak/nie
* nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych: tak/nie
* pobudzanie aktywności społecznej, przywracanie utraconych zdolności do pełnienia ról społecznych: tak/nie
* realizacja i rozwijanie zainteresowań: tak/nie

#### Świadoma(y) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą.

Hajnówka, dnia:

Czytelny podpis Wnioskodawcy:

## Wypełnia Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie:

Na podstawie złożonych dokumentów dokonałam/em oceny sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej i jej potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych.

Wniosek opiniuję: pozytywnie/ negatywnie

Hajnówka, dnia

Podpis pracownika socjalnego:

## Informacja dotycząca sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym i jej potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych

### Dane osobowe:

Imię i nazwisko:

PESEL:

### Dane opiekuna prawnego lub pełnomocnika:

Imię i nazwisko:

PESEL:

### Sytuacja rodzinna:

Osoba zamieszkująca

[…] samotnie

[….] z rodziną

### Źródło utrzymania:

[…] wynagrodzenie za pracę

[…] renta

[…] emerytura

[…] zasiłki z pomocy społecznej

[…] pomoc finansowa rodziny

[…] inne świadczenia – jakie: …

### Możliwość samodzielnego funkcjonowania:

* Wykonywanie czynności samoobsługowych: samodzianie/z pomocą[[16]](#footnote-16)
* Prowadzenie gospodarstwa domowego: samodzielnie/z pomocą
* Poruszanie się w środowisku: samodzielnie/z pomocą

### Potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych:

* Wyrabianie zaradności osobistej, poprawa samoobsługi: tak/nie[[17]](#footnote-17)
* Nawiązanie i rozwijanie kontaktów społecznych: tak/nie
* Pobudzanie aktywności społecznej, przywracanie utraconych zdolności do pełnienia ról społecznych: tak/nie
* Realizacja i rozwijanie zainteresowań: tak/nie

Świadoma(y) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że dane zawarte niniejszym wniosku, podane zostały zgodnie z prawdą.

Hajnówka, dnia:

Czytelny podpis wnioskodawcy:

Wypełnia PCPR:

Na podstawie złożonych dokumentów dokonałam/em oceny sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej i jej potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych. Wniosek opiniuję: pozytywnie/negatywnie

Hajnówka, dnia

Podpis pracownika socjalnego:

# Klauzula informacyjna (wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (dalej: RODO) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz dziecka jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Hajnówce, ul. marsz. J. Piłsudskiego 10 a, 17-200 Hajnówka, numer kontaktowy: 856825983, zwany dalej Administratorem.
2. Inspektorem Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Hajnówce jest Pani Iwona Malczyk, email:malczyk@togatus.pl, numer kontaktowy: 506-358-200.
3. Podstawą do przetwarzania danych jest art. 6 ust.1 pkt. c rozporządzenia.Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Hajnówce przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie art. 35 a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020r., poz. 426 z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25.06.2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych ( Dz. U. z 2015, poz. 926) oraz rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2004 roku, w sprawie warsztatów terapii zajęciowej (Dz.U. poz. 587) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 r., Nr 230, poz. 1694 z późn. zm.) w celu:
* dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym,
* dofinansowania sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych,
* dofinansowania zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny,
* dofinansowania zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
* dofinansowania likwidacji barier architektonicznych w komunikowaniu się i technicznych,
* dofinansowania tworzenia i działania warsztatów terapii zajęciowej.
1. W związku z przetwarzaniem danych osobowych w celach, o których mowa wyżej odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:
* Organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
* Inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Hajnówce przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest tutejsze Centrum.
1. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych wyżej, a po tym czasie przez okres 10 lat. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:
* prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;
* prawo do żądania sprostowania (poprawienia) danych osobowych;
* prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
* prawo do przenoszenia danych.
1. Podanie danych jest wymogiem ustawowym, niepodanie danych będzie przeszkodą do rozpatrzenia wniosku.
2. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
3. Powiatowe Centrum Pomocy w Hajnówce nie przekazuje danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
4. Informujemy ponadto, że jeżeli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Hajnówce Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy rozporządzenia i obowiązujące w tym zakresie przepisów prawa, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – tj. Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Warszawie (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2).
1. W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu. [↑](#footnote-ref-1)
2. Odpowiednie skreślić [↑](#footnote-ref-2)
3. W pkt 3 w częściach od A do D należy zaznaczyć odpowiedź poprzez na przykład pokreślenie lub pogrubienie. [↑](#footnote-ref-3)
4. Zaznacz właściwe [↑](#footnote-ref-4)
5. Zaznacz właściwe [↑](#footnote-ref-5)
6. Zaznaczyć prawidłową odpowiedź poprzez podkreślenie lub pogrubienie. [↑](#footnote-ref-6)
7. Zaznaczyć prawidłową odpowiedź poprzez podkreślenie lub pogrubienie. [↑](#footnote-ref-7)
8. Dodajemy dochód wszystkich członków rodziny uzyskany w ostatnim kwartale, dzielimy na trzy miesiące, uzyskaną kwotę dzielimy na liczbę osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe. [↑](#footnote-ref-8)
9. Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne. [↑](#footnote-ref-9)
10. Zaznaczyć właściwe. [↑](#footnote-ref-10)
11. Prawidłowe zaznaczyć [↑](#footnote-ref-11)
12. Zaznaczyć właściwe poprzez pogrubienie lub podkreślenie [↑](#footnote-ref-12)
13. Zaznaczyć właściwe poprzez pogrubienie lub podkreślenie [↑](#footnote-ref-13)
14. Zaznaczyć właściwe poprzez pogrubienie lub podkreślenie [↑](#footnote-ref-14)
15. Zaznaczyć właściwe poprzez pogrubienie lub podkreślenie [↑](#footnote-ref-15)
16. Zaznacz prawidłowe [↑](#footnote-ref-16)
17. Zaznacz prawidłowe [↑](#footnote-ref-17)