FR.700 .........2024

**Wniosek przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

**Imię i nazwisko ….......................................................................................................................**

PESEL albo numer tożsamości …................................................................................................

Data urodzenia.......................................................….... telefon …........................................................

Adres zamieszkania \* …...........................................................................................................................

Adres do korespondencji …......................................................................................................................

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ….............................................................

**Dane przedstawiciela ustawowego**

Imię i nazwisko .............................................................………………………………………………..

PESEL .................................................................... telefon......................................................................

Adres zamieszkania .....................................................................................................………………….

Ustanowiony opiekun, pełnomocnik (odpowiednie podkreślić)

Postanowieniem Sądu Rejonowego…………z dnia………….sygn.Akt………………………………/

na mocy pełnomocnictwa udzielonego przez Notariusza z dnia…….. repet. nr………………………..

**POSIADANE ORZECZENIE:\*\***

a) o stopniu niepełnosprawności: **□** znacznym **□**umiarkowanym **□**lekkim

 **□**osoba w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności

b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów: **□** I **□** II **□** III

**□**o całkowitej niezdolności do pracy **□**o częściowej niezdolności do pracy

**□**o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym **□**o niezdolności do samodzielnej egzystencji **□**o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia.

c) 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 \*\* - 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 rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił …..…................. złotych**

(dodajemy dochód wszystkich członków rodziny uzyskany w ostatnim kwartale, dzielimy na trzy miesiące, uzyskaną kwotę dzielimy na liczbę osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe).

**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 wnioskodawcylub

 przedstawiciela ustawowego

**UWAGA:**

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* właściwe zaznaczyć

\*\*\* dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

**Do wniosku należy dołączyć kopię ważnego orzeczenia**

Wypełnia PCPR

 ….................................................................. …....................................................................

 (data wpływu wniosku do PCPR) (pieczęć PCPR i podpis pracownika)

 **O Ś W I A D C Z E N I E**

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)

 **O Ś W I A D C Z E N I E**

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

a) nie będzie pełnił członka kadry na tym turnusie,

b) nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby ,

c) ukończył 18 lub, ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

 ………………………………………………

 (data i czytelny podpis składającego oświadczenia)

 **OŚ W I A D C Z E N I E**

 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.

 ………………………………… ………………………………………………….

 (pieczęć zakładu) (data i czytelny podpis składającego oświadczenia)

………………………………..

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego)

**WNIOSEK LEKARSKI O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY**

**IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA TURNUSU**

…........................................................................................................................................................

PESEL albo numer tożsamości .......................................................................................................

Adres zamieszkania \*.........................................................................................................................

 **Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\*\*:**

□ dysfunkcja narządu ruchu □ dysfunkcja narządu słuchu

□ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

□ dysfunkcja narządu wzroku □ upośledzenie umysłowe

□ choroba psychiczna □ padaczka

□ schorzenie układu krążenia □ inne (jakie?)....................... …..............................................................................…………………………………

**Konieczność pobytu opiekuna na turnusie\*\***

 **NIE**

 **TAK – uzasadnienie** ...................................................................................................................................................................

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

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

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

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

**Uwagi**

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

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

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

**\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu**

**\*\* właściwe zaznaczyć**

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

 Data Podpis i pieczątka lekarza

 załącznik do wniosku o dofinansowanie

 uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

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

**I. Dane osobowe**

Imię i nazwisko.....................................................................................................................

PESEL  **□□□□□□□□□□□**

**II. Dane opiekuna prawnego lub pełnomocnika**

Imię i nazwisko....................................................................................................................

PESEL **□□□□□□□□□□□**

**III. Sytuacja rodzinna\*** - osoba zamieszkująca : **□ *samotnie, □ z rodziną,***

**IV Źródła utrzymania:\* □** wynagrodzenie za pracę, **□** renta, **□** emerytura,**□**zasiłki z pomocy społecznej, **□**pomoc finansowa rodziny lub **□** inne świadczenia - jakie....................................

**V. Możliwość samodzielnego funkcjonowania:\***

- wykonywanie czynności samoobsługowych: **□samodzielnie, □ z pomocą,**

- prowadzenie gospodarstwa domowego: **□ samodzielnie, □ z pomocą,**

- poruszanie się w środowisku: **□ samodzielnie, □ z pomocą,**

**VI. Potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych:\***

- 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.**

\* właściwe zaznaczyć

 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:

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:
85 – 682-59-83, zwany dalej Administratorem.

Inspektorem Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Hajnówce jest Pani Iwona Malczyk, email:malczyk@togatus.pl, numer kontaktowy: 506-358-200.

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 2023 r., poz. 100 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.

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.

 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.

Podanie danych jest wymogiem ustawowym, niepodanie danych będzie przeszkodą do rozpatrzenia wniosku.

Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

Powiatowe Centrum Pomocy w Hajnówce nie przekazuje danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

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).