Nr sprawy :

PCPR w Dąbrowie Tarnowskiej

………………………………...

***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..............................................................................................................................

Telefon…………………………………………………………………………………………..

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

|  |  |
| --- | --- |
| **POSIADANE ORZECZENIE\*\*** |  |
| a) o stopniu niepełnosprawności | Znacznym | Umiarkowanym | Lekkim |
| b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów | I | II | III |

1. o całkowitej/ o częściowej niezdolności do pracy/ o całkowitej/ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym/ i niezdolności do samodzielnej egzystencji
2. 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 zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)*

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, ze 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. zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi...............................

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

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

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

*(data)* (podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,

 opiekuna prawnego, pełnomocnika)

Wypełnia PCPR

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

# Data wpływu wniosku do PCPR Pieczęć PCPR i podpis pracownika

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu. \*\* Właściwe zaznaczyć. \*\*\* Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

# INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

**OŚWIADCZENIE**

**Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2021r. poz. 2345 ze zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

Oświadczam, iż nie miałem/am zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON oraz że nie byłem/am w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie. Zgodnie z Rozporządzeniem 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 (dalej: RODO),zostałem poinformowany, iż: Administratorem moich danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Dąbrowie Tarnowskiej, ul. Szpitalna 1, 33-200 Dąbrowa Tarnowska. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - iod@pcprdt.pl. Przetwarzanie moich danych osobowych odbywać się będzie wyłącznie w celu wypełnienia ciążących na PCPR obowiązków prawnych w celu realizacji zadań statutowych PCPR [podstawa prawna Art. 6 ust. 1 lit. c) oraz Art. 9 ust. 2 lit. b) RODO], ochrony interesów publicznych oraz relatywizacji interesów prawnych [podstawa z art. 6 ust. 1 lit. e oraz lit. f RODO]. Szczegółowe informacje na temat przetwarzania danych znajdują się w klauzuli informacyjnej dla klientów PCPR dostępnej na stronie [https://bip.malopolska.pl/pcprwdtarnowskiej,m,305923,klauzula-informacyjna-dla-klientow-pcpr-i-](https://bip.malopolska.pl/pcprwdtarnowskiej%2Cm%2C305923%2Cklauzula-informacyjna-dla-klientow-pcpr-i-pzon.html) [pzon.html](https://bip.malopolska.pl/pcprwdtarnowskiej%2Cm%2C305923%2Cklauzula-informacyjna-dla-klientow-pcpr-i-pzon.html) w Biuletynie Informacji Publicznej oraz na tablicach ogłoszeniowych PCPR w Dąbrowie Tarnowskiej.

**............................ .............................................................................**

***(data)* (podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika)**

# 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)**

*Załączniki do wniosku : 1. kserokopię ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, grupie inwalidzkiej lub orzeczenia o niepełnosprawności, 2. zaświadczenie ze szkoły – dotyczy osób niepełnosprawnych uczących się i niepracujących w wieku od 16 do 24 roku życia, 3.wniosek lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna, o skierowanie na turnus rehabilitacyjny, 4. kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego)*

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
* osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
* dysfunkcja narządu słuchu
* dysfunkcja narządu wzroku
* upośledzenie umysłowe
* choroba psychiczna
* padaczka
* schorzenia układu krążenia
* inne (jakie?).......................................................................................................................

# Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

* Nie
* Tak – uzasadnienie............................................................................................................

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

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

# Uwagi

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

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

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

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

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

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

*(data) (pieczątka i podpis lekarza)*

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* Właściwe zaznaczyć.

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej Lub gabinetu lekarskiego

**Zaświadczenie o aktualnym stanie zdrowia \***

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

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

Adres zamieszkania ...............................................................................................................

Rozpoznanie choroby zasadniczej................................................................................................

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

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

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

Choroby współistniejące..............................................................................................................

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

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

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

Uczulenia......................................................................................................................................

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

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

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

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne

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

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

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

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

Uwagi

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

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

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

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

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

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

*(data) (pieczątka i podpis lekarza)*

\*Zaświadczenie lekarskie o aktualnym stanie zdrowia należy przedstawić podczas pierwszego badania lekarskiego w przypadku turnusu, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

\*\*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(Wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnosprawnej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu..............................................................................................

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

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

Rodzaj turnusu..............................................................................................................................

Termin turnusu: od................................do............................

**Dane organizatora turnusu:**

Nazwa i adres (z kodem pocztowym)...........................................................................................

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

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

Nazwa i adres (z kodem pocztowym)...........................................................................................

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

**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 o systemie ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.**

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

*(data) (czytelny podpis wnioskodawcy)*

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

Wniosek Rehabilitacja społeczna – Turnus rehabilitacyjny

# OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ UCZESTNICZĄCEGO W TURNUSIE REHABILITACYJNYM

***(wypełnia opiekun tylko jeśli lekarz wskaże konieczność jego pobytu na turnusie rehabilitacyjnym)***

Ja, niżej podpisany/a

…………………………………… ……………………………………

(imię i nazwisko opiekuna) PESEL

jako opiekun osoby niepełnosprawnej …………………………………………………

(imię i nazwisko uczestnika turnusu)

zgodnie z § 4 ust. 2 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 roku w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (*Dz. U. z 2007 r., Nr 230, poz. 1694*) **oświadczam, że**:

* nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
* nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
* ukończyłem/am 18 lat\*

# lub

* ukończyłem/am 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej\*,

# Zobowiązuję się do sprawowania nad nią ciągłej opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego. W przypadku skrócenia pobytu jako opiekun osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe zobowiązuję się do zwrotu przyznanego dofinansowania.

Zgodnie z Rozporządzeniem 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 (dalej: RODO),zostałem poinformowany, iż: Administratorem moich danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Dąbrowie Tarnowskiej, ul. Szpitalna 1, 33-200 Dąbrowa Tarnowska. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - iod@pcprdt.pl. Przetwarzanie moich danych osobowych odbywać się będzie wyłącznie w celu wypełnienia ciążących na PCPR obowiązków prawnych w celu realizacji zadań statutowych PCPR [podstawa prawna Art. 6 ust. 1 lit. c) oraz Art. 9 ust. 2 lit. b) RODO], ochrony interesów publicznych oraz relatywizacji interesów prawnych [podstawa z art. 6 ust. 1 lit. e oraz lit. f RODO]. Szczegółowe informacje na temat przetwarzania danych znajdują się w klauzuli informacyjnej dla klientów PCPR dostępnej na stronie [https://bip.malopolska.pl/pcprwdtarnowskiej,m,305923,klauzula-informacyjna-dla-klientow-pcpr-i-](https://bip.malopolska.pl/pcprwdtarnowskiej%2Cm%2C305923%2Cklauzula-informacyjna-dla-klientow-pcpr-i-pzon.html) [pzon.html](https://bip.malopolska.pl/pcprwdtarnowskiej%2Cm%2C305923%2Cklauzula-informacyjna-dla-klientow-pcpr-i-pzon.html) w Biuletynie Informacji Publicznej oraz na tablicach ogłoszeniowych PCPR w Dąbrowie Tarnowskiej.

# ........................... ...........................................

data czytelny podpis opiekuna