

Powiatowe Centrum Pomocy
Rodzinie w Tucholi
ul. Poczтова 7
89-500 Tuchola

Data wpływu wniosku
Numer wniosku

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM

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

proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami

Imię i nazwisko.....

PESEL lub numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania *

Adres do korespondencji

Numer telefonu Data urodzenia

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

Posiadane orzeczenie **

- a) o stopniu niepełnosprawności: znaczny umiarkowany lekki
- b) o zaliczeniu o jednej z grup inwalidów: I II III
- c) o całkowitej, o częściowej niezdolności do pracy, o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, niezdolności do samodzielnej 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 zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

**W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.*

***właściwe zaznaczyć*

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM:

Niniejszym oświadczam, że **miesięczny dochód***, w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz.U.2018, poz. 2220 t.j) wynosił zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Świadomy/a/ odpowiedzialności karnej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2019 r., poz. 1950, 2128 z późn. zm.) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się niezwłocznie poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi.

Zobowiązuje się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.

***Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych to **dochód** pomniejszony o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

.....
Miejscowość, data

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

***niepotrzebne skreślić*

Wypełnia PCPR (pracownik merytoryczny)

.....
data wpływu wniosku do PCPR

.....
Pieczęć PCPR i podpis pracownika

Wypełnia pracownik socjalny:

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

.....
Data, podpis i pieczęćka pracownika socjalnego

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

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

Imię i nazwisko UCZESTNIKA TURNUSU

PESEL lub numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania*

.....

Rodzaj turnusu

termin turnusu: od do

Dane organizatora turnusu:

Pełna nazwa i adres z kodem pocztowym

.....

.....

Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus:

Pełna 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 ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....
data

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

* W przypadku osób bezdomnych wpisać miejsce pobytu.

** niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

(wypełnić w przypadku gdy lekarz zalecił konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym osobie niepełnosprawnej)

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

- Zobowiązuje się do sprawowania nad nią stałej opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego.
- Oświadczam, że nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie.
- Oświadczam, że nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.
- Oświadczam, że w bieżącym roku kalendarzowym nie korzystam z dofinansowania, jako uczestnik turnusu rehabilitacyjnego.
- Oświadczam, że mam ukończone 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej *.

W przypadku zmiany opiekuna osoby niepełnosprawnej wnioskodawca zobowiązany jest do poinformowania Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi na min. 30 dni przed wyjazdem na turnus rehabilitacyjny.

*Dotyczy osób poniżej 18 roku życia.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis opiekuna osoby niepełnosprawnej)

Oświadczenie

Ja niżej podpisana oświadczam, że zostałam(em) poinformowana/y o:

- danych adresowych Administratora
- celu zbierania danych i ich podstawie prawnej
- moich prawach związanych z przetwarzaniem danych
- okresie przechowywania danych

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis opiekuna osoby niepełnosprawnej)

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

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko

PESEL

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"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) |
| <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym:

- Nie
- Tak – uzasadnienie
-
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

*w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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”, informuje, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi z siedzibą w Tucholi ul. Pocztovej 7, 89-500 Tuchola, tel. 52 5592018, e-mail pcprtuchola@wp.pl, reprezentowane przez kierownika PCPR Panią Annę Toby.
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym kontakt możliwy jest pod adresem e-mail inspektor.rodod@wp.pl
3. Państwa dane będą przetwarzane w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze na podstawie:
art. 6 ust.1 litera c oraz art. 9 ust.2 litera b RODO, związanym z dofinansowaniem ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym dla osób posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (lub równoważne) i o niepełnosprawności stosownie do Ustawy z dnia z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U z 2016 r., poz. 2046 ze zm.) i Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (t.j. Dz. U z 2007 r., poz. 1694 ze zm.).
4. Podanie przez Państwa danych jest wymogiem ustawowym i niezbędnym w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie, nie podanie danych może skutkować odmową realizacji dofinansowania.
5. Mają Państwo prawo do: dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania oraz prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Państwa dane mogą być udostępniane przez Administratora innym podmiotom upoważnionym do uzyskania informacji na podstawie przepisów prawa.
7. Państwa dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wniosku oraz wyznaczony prawem czas archiwizacji określony w jednolitym rzeczowym wykazie akt dla organów powiatu i starostw powiatowych, stosownie do Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 roku w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych. Kryteria okresu przechowywania ustala się w oparciu o klasyfikację i kwalifikację, dokumentacji w jednolitym rzeczowym wykazie akt.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższą klauzulą

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela
ustawowego, Opiekuna prawnego, Pełnomocnika*)

Załączniki wymagane do wniosku:

l.p.	Nazwa załącznika	Wypełnia PCPR	
		Załączono do wniosku	Uzupełniono (data)
1.	Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub kopia wypisu z treści orzeczenia traktowanego na równi z tym orzeczeniem albo kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 roku (<u>oryginał do wglądu</u>)	Tak / nie / nie dotyczy	Tak / nie / nie dotyczy
2.	Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny (wypełnione w języku polskim) – załącznik nr 1	Tak / nie / nie dotyczy	Tak / nie / nie dotyczy
3.	W przypadku opiekuna prawnego kopia odpisu wyroku sądu orzekającego ubezwłasnowolnienie	Tak / nie / nie dotyczy	Tak / nie / nie dotyczy
4.	W przypadku pełnomocnika kopia pełnomocnictwa notarialnego	Tak / nie / nie dotyczy	Tak / nie / nie dotyczy
5.	Klauzula informacyjna - załącznik nr 2 do wniosku	Tak / nie / nie dotyczy	Tak / nie / nie dotyczy
6.	zaświadczenie ze szkoły potwierdzające status ucznia (dotyczy jedynie osób w wieku 16 - 24 lat)	Tak / nie / nie dotyczy	Tak / nie / nie dotyczy

Wniosek kompletny:

tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

Adnotacje urzędowe:

.....

.....

.....

.....
/data i podpis pracownika weryfikującego wniosek/

Decyzja o przyznaniu dofinansowania:

.....

.....

.....

.....
/data i podpis pracownika weryfikującego wniosek/