

Data wpływu wniosku do PCPR

**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych do uczestnictwa w TURNUSIE REHABILITACYJNYM**

1. DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ WNIOSEK DOTYCZY:

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania*	
Data urodzenia	
Pesel	
Telefon	
Planowany termin turnusu rehabilitacyjnego	

2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (WYPEŁNIĆ, JEŚLI WNIOSEK DOTYCZY OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ LUB UBEZWŁASNOWOLNIONEJ), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA:

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania*	
Data urodzenia	
Pesel	
Telefon	
Opiekun prawny** - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia..... sygnatura akt.....	
Pełnomocnik** - na mocy pełnomocnictwa poświadczonego przez notariuszaz dnianr repetytorium.....	

3. POSIADANE ORZECZENIE, STOPIEŃ:

znaczny <input type="checkbox"/>	I grupa <input type="checkbox"/>	całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/>
umiarkowany <input type="checkbox"/>	II grupa <input type="checkbox"/>	całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/>
lekki <input type="checkbox"/>	III grupa <input type="checkbox"/>	częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/>
o niepełnosprawności (do 16 roku życia) <input type="checkbox"/>		
termin ważności orzeczenia: <input type="checkbox"/> trwałe <input type="checkbox"/> czasowe do:		

4. 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

 Jestem zatrudniony/a (dotyczy osób pomiędzy 16 a 24 rokiem życia)** Tak Nie

 Jestem uczniem/studentem (dotyczy osób pomiędzy 16 a 24 rokiem życia) Tak Nie

Imię i nazwisko opiekuna:.....

(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

5. OŚWIADCZENIE

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym **wynosi**
 Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, **wynosił**zł
 słownie:

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. ***

6. ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH

- 1) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wrześni, ul. Wojska Polskiego 1, 62-300 Września** w celu uzyskania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- 2) Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
- 3) Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....
 (czytelny podpis wnioskodawcy, pełnomocnika, opiekuna prawnego)

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** właściwe zaznaczyć

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

7. KLAUZULA INFORMACYJNA

Informuję, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wrześni, ul. Wojska Polskiego 1, 62-300 Września**, zwanym dalej Administratorem; Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych,
- 2) kontakt do inspektora danych osobowych: e-mail: inspektor@osdidk.pl,
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań i nie będą udostępniane innym odbiorcom,
- 4) Administrator danych osobowych, przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.
- 5) podanie danych jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest zawarcie umowy,
 - a) posiada Pani/Pan prawo do: żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych, wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania, przenoszenia danych, wniesienia skargi do organu nadzorczego,
 - b) cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.
- 6) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu,
- 7) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt. 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

8. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU:

- 1) Kopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu).
- 2) Kopia pełnomocnictwa ustanowienia opiekuna prawnego/pełnomocnika postanowieniem Sądu lub poświadczonego przez notariusza (o ile dotyczy).
- 3) Dokument potwierdzający naukę (kopia legitymacji szkolnej - oryginał do wglądu), bądź zaświadczenie o pobieraniu nauki dla osób w wieku 16-24 lata uczących się i nie pracujących (o ile dotyczy).
- 4) W przypadku zatrudnienia w Zakładzie Pracy Chronionej zaświadczenie od pracodawcy.

WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE**KARTA WERYFIKACJI WNIOSKU O DOFINANSOWANIE DO UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM**

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/ nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności.			
2.	Kopia pełnomocnictwa ustanowienia opiekuna prawnego/pełnomocnika postanowieniem Sądu lub poświadczonego przez notariusza.			
3.	Dokument potwierdzający naukę (o ile dotyczy).			
4.	W przypadku zatrudnienia w ZPChr - zaświadczenie od pracodawcy (o ile dotyczy).			

Sprawdzono pod względem formalnym i merytorycznym	

Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku : (wypełnia się w przypadku otrzymania dofinansowania)

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/ nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnienia
1.	Informacja o wyborze turnusu rehabilitacyjnego.			
2.	Oświadczenie organizatora turnusu (wypełnione przez organizatora).			
3.	Oświadczenie opiekuna (o ile dotyczy).			

Sprawdzono pod względem formalnym i merytorycznym	

Zweryfikowano w rejestrach turnusów: wnioskodawca korzystał w roku nie korzystał
Dofinansowanie wyliczone zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 (Dz. U. z 2007 r., Nr 230, poz. 1694 z późn. zm.)

Opinia członków Zespołu ds. rozpatrywania wniosków: wniosek zaopiniowany:

pozytywnie

kwota dofinansowania - wnioskodawca:.....

kwota dofinansowania - opiekun:.....

negatywnie

Data i podpisy członków Zespołu:

.....
 (pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
 lub gabinetu lekarskiego)

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko

PESEL albo nr dowodu tożsamości

Adres zamieszkania*

.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:**

- dysfunkcja narządu ruchu dysfunkcja narządu słuchu
 dysfunkcja narządu wzroku choroby psychiczne
 upośledzenie umysłowe padaczka
 schorzenia układu krążenia osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
 inne (jakie)

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- Nie**
 Tak – uzasadnienie

.....

Uwagi:

.....

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** właściwe zaznaczyć

.....
 (data)

.....
 (pieczęć i podpis lekarza)