

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

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

Tel.

Adres e-mail

POSIADANE ORZECZENIE **

a) o stopniu niepełnosprawności znacznym umiarkowanym lekkim

Numer orzeczenia:

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

c) o całkowitej o częściowej niezdolności do pracy

o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym o 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 uznał konieczność pobytu opiekuna)

OŚWIADCZENIE

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

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.***

Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - 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 PCPR w Limanowej.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Klauzula informacyjna

W związku z przetwarzaniem przez Nas Pani/Pana danych osobowych prosimy o zapoznanie się z poniższymi szczegółami dotyczącymi przetwarzania.

1. Kto jest Administratorem Pani/Pana danych osobowych?

Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Limanowej, z siedzibą w Limanowej przy ul. Józefa Marka 9, adres e – mail: pcpr@powiat.limanowski.pl; numer telefonu: 18 3375826 oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

2. Kto jest Inspektorem Ochrony Danych?

W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Limanowej został powołany inspektor ochrony danych, z którym można się skontaktować: mstachowicz25@gmail.com.

3. W jakim celu będziemy przetwarzali Pani/Pana dane osobowe?

Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu:

- wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w związku z realizowaniem zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (art. 6 ust. 1. lit. c RODO).

4. Jaka jest podstawa prawna przetwarzania?

Podstawą prawną przetwarzania będzie obowiązek nałożony:

- ustawą o pomocy społecznej,
- ustawą o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej,
- ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- ustawą o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie,
- ustawą o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach,
- instrukcją kancelaryjną obowiązującą w PCPR.

5. Do jakich odbiorców mogą zostać przekazane dane osobowe?

Z poszanowaniem poufności charakteru Pani/Pana danych, w tym stosując mechanizmy minimalizujące liczbę przekazywanych

danych oraz ograniczające możliwość przekazywania danych o charakterze wrażliwym Pani/Pana dane mogą być przekazywane :

- innym podmiotom upoważnionym do odbioru danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa,
- innym podmiotom, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. Podmioty przetwarzające).

6. Jakie są Pani/Pana prawa związane z przetwarzaniem danych?

Ma Pani/Pan prawo:

- dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania,
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych osobowych – w takim zakresie, w jakim te dane osobowe są przetwarzane na podstawie uzasadnionych interesów administratora,
- sprostowania przetwarzanych danych osobowych, w takim zakresie, w jakim wskazane dane są niezgodne ze stanem faktycznym,
- przenoszenia danych, tj. przenoszenia do otrzymania od Administratora danych osobowych, w ustrukturyzowanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego,
- wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, jakim jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Aby skorzystać z wyżej wymienionych praw, osoba, której dane dotyczą, powinna skontaktować się, wykorzystując podane dane kontaktowe, z administratorem i poinformować go, z którego prawa i w jakim zakresie chce skorzystać.

7. Przez jaki okres będą przechowywane Pani/Pana dane osobowe?

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z ustawą o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz instrukcją kancelaryjną obowiązującą w PCPR.

8. Informacja o wymogu podania danych

Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a ich niepodanie uniemożliwi Administratorowi wykonywanie jakichkolwiek działań w odniesieniu do Pana/Pani osoby

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć.

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

Wypełnia PCPR

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),
opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko:

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu:

Adres email:

Data urodzenia:

.....
(data)

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

* niepotrzebne skreślić

Wymagane załączniki do wniosku:

1. Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego ZUS, KIZ albo KRUS wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.
2. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – kserokopia zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego, w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika – kserokopia pełnomocnictwa.
3. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.
4. W przypadku osób zatrudnionych w zakładzie pracy chronionej aktualne zaświadczenie o zatrudnieniu.

.....
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*:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) |
| <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
- TAK - uzasadnienie

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

UWAGI

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

.....
data

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)

.....
* Właściwe zaznaczyć
** W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu