

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 lub nr dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

Data urodzenia Nr telefonu

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
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,
e) ☐ orzeczenie na stałe, ☐ orzeczenie czasowe do

Korzystałem/am z dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON**

☐ TAK (podać rok) ☐ NIEJestem zatrudniony/a w zakładzie pracy chronionej ☐ TAK ☐ NIEJestem osobą uczącą się ☐ TAK ☐ NIE

Imię i nazwisko opiekuna

(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

☐ 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, wyniósł zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

☐ Oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą.

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

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

Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Rykach** reprezentowane przez Dyrektora (adres: ul. Leona Wyczółkowskiego 10a, 08-500 Ryki, tel. 81/8654852, e-mail: pcprzyki@op.pl)
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu e-mail: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie na adres Administratora.
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu dofinansowania ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, tj. gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust 2 lit h RODO) w zw. z Ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r., o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wraz z rozporządzeniami. W przypadku dobrowolnego udostępniania przez Państwa danych osobowych innych niż wynikające z obowiązku prawnego, podstawę legalizującą ich przetwarzanie stanowi wyrażona zgoda na przetwarzanie swoich danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO). Udostępnione dobrowolnie dane będą przetwarzane w celach kontaktowych.

odwrócić →

- 4) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych tj. 5 lat. Natomiast z przypadku danych podanych dobrowolnie – co do zasady do czasu wycofania przez Państwa zgody na ich przetwarzanie.
- 5) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
- 6) Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
- 7) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) prawo do usunięcia danych określone w przepisach prawa;
 - e) w przypadku gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) - prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - f) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
- 8) Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3. Nieprzekazanie danych udostępnianych dobrowolnie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie sprawy.
- 9) Państwa dane osobowe będą ujawniane osobom działającym z upoważnienia Administratora, mającym dostęp do danych osobowych i przetwarzającym je wyłącznie na polecenie Administratora, chyba że wymaga tego prawo UE lub prawo państwa członkowskiego. Państwa dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, tj. usługodawcom wykonującym usługi serwisu systemów informatycznych, podmiotom zapewniającym ochronę danych osobowych i bezpieczeństwo IT, dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom usług informatycznych w zakresie systemów księgowo-ewidencyjnych, dostawcy usług hostingu poczty mailowej w przypadku korespondencji prowadzonej drogą mailową, dostawcy usług brakowania bądź archiwizowania dokumentacji i nośników danych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

Oświadczam, że zostałem poinformowany, iż mój wniosek zostanie rozpatrzony z chwilą uzyskania środków finansowych przeznaczonych do realizacji na ten cel. **W związku z tym w przypadku braku środków finansowych wniosek może nie zostać rozpatrzony w terminie 30 dni od jego złożenia. Informacja o późniejszym terminie rozpatrzenia wniosku zostanie przekazana telefonicznie.**

.....
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

Wraz z wnioskiem należy złożyć w PCPR:

1. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny (zał. nr 2),
2. Ksero orzeczenia o grupie inwalidzkiej, stopniu niepełnosprawności lub niezdolności do pracy (poświadczone za zgodność z oryginałem).

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 dnia Sygn. Akt*

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*

.....

z dn. repet. nr

..... Data	 podpis Przedstawiciela ustawowego* Opiekuna prawnego* Pełnomocnika*
---------------	---

*niepotrzebne skreślić

Interpretacja przepisów dotyczących obliczania dochodu rodziny w myśl przepisów o świadczeniach rodzinnych.

Zgodnie z przepisami:

dochód – oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

a/ przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne nie zaliczane do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,

b/ deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,

c/ inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.

Rodzina – oznacza odpowiednio następujących członków rodziny: małżonków, rodziców dzieci, opiekuna faktycznego dziecka oraz pozostające na utrzymaniu dzieci w wieku do ukończenia 25 roku życia, a także dziecko, które ukończyło 25 rok życia legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością rodzinie przysługuje świadczenie pielęgnacyjne, do członków rodziny nie zalicza się dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego, dziecka pozostającego w związku małżeńskim, a także pełnoletniego dziecka posiadającego własne dziecko.

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL lub numer dokumentu tożsamości

Adres

(lub miejsce pobytu w przypadku osób bezdomnych)

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji: *

- | | |
|--|--|
| ☐ dysfunkcja narządu ruchu (w tym neurologiczne, reumatyczne) | ☐ dysfunkcja narządu słuchu |
| ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | ☐ upośledzenie umysłowe |
| ☐ dysfunkcja narządu wzroku | ☐ padaczka |
| ☐ choroba psychiczna | ☐ inne (jakie?)..... |
| ☐ schorzenie układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie*

- ☐ NIE
☐ TAK – uzasadnienie:

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

UWAGI:

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*właściwe zaznaczyć