

Nr wniosku

**WNIOSEK
O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU
REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH UCZESTNICTWA W TURNUSIE
REHABILITACYJNYM**

1. DANE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ)

Imię i nazwisko

Data urodzenia: _____ - _____ - _____ PESEL:

ADRES ZAMIESZKANIA*

Ulica/nr domu/mieszkania

Kod-..... Miejscowość

Telefon***

2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO**

(WYPEŁNIĆ, JEŚLI WNIOSEK DOTYCZY OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ, OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA):

Przedstawiciel ustawowy małoletniego Opiekun prawny Pełnomocnik

Imię i nazwisko:

ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica/nr domu/mieszkania

Kod-..... Miejscowość Telefon***

3. POSIADANE ORZECZENIE**

stopień Znaczny / I Gr. / całkowicie niezdolny do pracy i samodzielnej egzystencji

stopień Umiarkowany / II Gr. / całkowicie niezdolny do pracy

stopień Lekki / III Gr. / częściowo niezdolny do pracy

niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym

4. Korzystałem(am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków

PFRON** TAK (podać rok) NIE

5. Jestem zatrudniony (a) w zakładzie pracy chronionej TAK NIE**

6. Opiekun: Imię i Nazwisko.....

(wypełnić jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

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

8. Oświadczenie

a) Niniejszym 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, wynosizł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

b) Oświadczam, iż na turnusie rehabilitacyjnym nie będę pełnił/pełniła funkcji członka kadry, ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu, nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/byłam stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

c) Oświadczam, że zostałem poinformowany, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania oraz, że wniosek złożony w bieżącym roku nie przechodzi na rok następny.

9. Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia (dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne).
10. Zobowiązuję się do dostarczenia do PCPR w Goleniowie w terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania, nie później jednak niż na 21 dni przed dniem rozpoczęcia turnusu, „Informacji o wyborze turnusu” sporządzonej na odrębnym załączniku.
11. **Oświadczam**, że są mi znane następujące informacje:
- a) Turnus rehabilitacyjny musi trwać co najmniej 14 dni, wyłącznie na terenie kraju.
 - b) W przypadku skrócenia uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym przez osobę niepełnosprawną lub jego opiekuna, z przyczyn innych niż losowe osoba niepełnosprawna bądź opiekun, ponosi koszty pobytu na tym turnusie.
 - c) Turnus rehabilitacyjny musi się odbyć w ośrodku uprawnionym do organizowania turnusów rehabilitacyjnych, który posiada aktualny wpis do rejestru ośrodków.
 - d) Wybrany organizator turnusu rehabilitacyjnego musi posiadać wpis do rejestru organizatorów turnusów.
13. **Oświadczam**, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych

.....
data

.....
(podpis Wnioskodawcy, Przedstawiciela, Opiekuna prawnego, Pełnomocnika)
(właściwe zaznaczyć)

*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć

*** Podanie nr tel. nie jest obowiązkowe ale ułatwi kontakt z Wnioskodawcą.

Załączniki :

1. Kopię: orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypisu z treści orzeczenia lub kopię orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanym przed dniem 1 stycznia 1998r.
2. Potwierdzenie funkcji opiekuna prawnego, pełnomocnika (w określonych przypadkach).
3. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.
4. Informacja o wyborze turnusu rehabilitacyjnego.

Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz szczególnych kategorii danych

(Wypełnij kiedy składasz wniosek we własnym imieniu)

1. Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie określonym we wniosku w sprawie dofinansowania:

.....
przez administratora danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie, przy ul. Pocztovej 43, REGON 811768934, NIP 856-158-02-52 w celu realizacji wniosku

o dofinansowanie:.....

2. Zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie szczególnych kategorii danych dotyczących mojej osoby w zakresie:

- Stanu zdrowia
-

przez administratora danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie, przy ul. Pocztovej 43, REGON 811768934, NIP 856-158-02-52 w celu realizacji wniosku

o dofinansowanie:
.....

3. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

.....
(data, czytelny podpis)

Klauzula informacyjna

1. 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 dostępnych na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie pod adresem pcpr.goleniow.ibip.pl. Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/a o przysługujących mi prawach w związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie moich danych osobowych zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia RODO.

2. Oświadczam, że wypełniłem/am obowiązki informacyjne dostępne na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie pod adresem pcpr.goleniow.ibip.pl przewidziane w art. 13 oraz art. 14 Rozporządzenia RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o dofinansowanie:

.....

.....
(data, podpis)

Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz szczególnych kategorii danych osoby nie będącej właścicielem danych (osoby zależnej, dziecka, podopiecznego)

(Wypełnij kiedy składasz wniosek w imieniu dziecka lub podopiecznego)

1. Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego/mojej.....
(imię, nazwisko dziecka, osoby zależnej, podopiecznego/ej – stopień pokrewieństwa)
w zakresie określonym we wniosku w sprawie dofinansowania:
.....
przez administratora danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie, przy ul. Pocztovej 43, REGON 811768934, NIP 856-158-02-52 w celu realizacji wniosku o dofinansowanie:
.....
2. Zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie szczególnych kategorii danych mojego/mojej
.....
(imię, nazwisko dziecka, osoby zależnej, podopiecznego/ej – stopień pokrewieństwa)
w zakresie:
 - Stanu zdrowia
 -przez administratora danych Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie, przy ul. Pocztovej 43, REGON 811768934, NIP 856-158-02-52 w celu realizacji wniosku o dofinansowanie:
3. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

.....
(data, czytelny podpis)

Klauzula informacyjna

1. 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 dostępnych na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie pod adresem pcpr.goleniow.ibip.pl.
2. Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/a o przysługujących mi prawach w związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie moich danych osobowych zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia RODO.
3. Oświadczam, że wypełniłem/am obowiązki informacyjne dostępne na stronie internetowej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Goleniowie pod adresem pcpr.goleniow.ibip.pl. przewidziane w art. 13 oraz art. 14 Rozporządzenia RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o dofinansowanie:
.....

.....
(data, podpis)

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 (brak uzasadnienia powoduje nie przyznanie dofinansowania)
-
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Data

.....
Pieczętka i podpis lekarza

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
** Właściwe zakreślić

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

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

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL albo nr 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.

- Oświadczam, iż wybrany ośrodek i organizator jest uprawniony do przyjęcia mojej osoby na turnus rehabilitacyjny zgodnie z określonym w orzeczeniu/wniosku lekarskim dysfunkcją, czy schorzeniem.

.....
 (Data)

.....
 (czytelny podpis wnioskodawcy)

Informacje przydatne dla wnioskodawcy

- Wybrany ośrodek musi być wpisany do rejestru ośrodków uprawnionych do organizowania turnusów rehabilitacyjnych.
- Organizator turnusu również musi posiadać wpis do rejestru organizatorów turnusów.
- Wybrany ośrodek musi być uprawniony do przyjmowania osób niepełnosprawnych z określonymi w orzeczeniu lub we wniosku lekarskim dysfunkcjami, to samo dotyczy organizatora.
- W przypadku skrócenia uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe osoba niepełnosprawna ponosi koszty pobytu na tym turnusie.
- W przypadku skrócenia pobytu opiekuna osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe opiekun ponosi koszty pobytu na tym turnusie.
- Niniejszą Informację o wyborze turnusu należy złożyć do PCPR w Goleniowie **w terminie do 30 dni od otrzymania powiadomienia** o przyznaniu dofinansowania, **nie później jednak niż na 21 dni** przed dniem rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego.
- Informacje o ośrodkach oraz organizatorach turnusów dostępne są na stronie internetowej: www.empatia.mpips.gov.pl
- Złożony, kompletny wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu podziału środków finansowych na rok bieżący przez Radę Powiatu Goleniowskiego.

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu