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)

PCPR.500.

Imię i nazwisko……

PESEL albo numer dokumentu tożsamości……
Adres zamieszkania*…….....

Data urodzenia…….

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym……..
POSIADANE ORZECZENIE**
a) o stopniu niepełnoprawności □ znacznym □ umiarkowanym □ lekkim
b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów □ I □ II □ III
c) □ o całkowitej □ o częściowej zdolności 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 (art. 233 §1 Kodeksu Karnego).
Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.***

…….. ……
(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) *(podpis pracownika PCPR)*

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych, pozyskanych od osoby, której dane dotyczą

Zgodnie z art.13 ust.1 i ust.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) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Suchej Beskidzkiej informuje, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Suchej Beskidzkiej ul. Kościelna 5b 34-200 Sucha Beskidzka.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować pisemnie na adres e-mail: info@pcpr.suchabeskidzka.pl lub tel. 33/874-40-31.
3. Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych Dz.U. 2007 nr 230 poz. 1694
4. Odbiorcą Pana/Pani danych osobowych będą ośrodki rehabilitacyjne prowadzące turnusy rehabilitacyjne, organy administracji publicznej, obsługa informatyczna, radca prawny.
5. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/ organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Suchej Beskidzkiej przez okres 5 lat od chwili archiwizacji dokumentów.
7. Posada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (*jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, jeżeli przepisy prawa nie ograniczają tych uprawnień.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego-Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
9. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem wydania informacji o uzyskaniu dofinansowania do udziału w turnusie rehabilitacyjnym. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości udzielenia wsparcia w ramach ustawy.
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

……

(data, miejscowość, czytelny podpis)

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko ……..
PESEL albo nr dokumentu tożsamości …….
Adres (miejsce pobytu*) ……

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:**

dysfunkcja narządu ruchu dysfunkcja narządu słuchu dysfunkcja narządu wzroku
upośledzenie umysłowe choroba psychiczna epilepsja

schorzenia układu krążenia

inne(jakie?) …….

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne:**

protezowanie/zaaparatowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)

protezowanie/zaaparatowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)

wózek inwalidzki kule łokciowe inne (jakie?) ……...
……..

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie **

Nie
Tak – uzasadnienie ……
……
……
Zalecenia (wskazania, i przeciwwskazania):
……
……
……
Uzasadnienie wniosku:
……
……

…… ……..
(data) (pieczęć i podpis lekarza)

*** wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.**
**** Właściwe zaznaczyć**

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Informacja o stanie zdrowia

Imię i nazwisko ……..

PESEL albo nr dokumentu tożsamości …….

Adres (miejsce pobytu*) ……

Rozpoznanie choroby zasadniczej …….

……

……

Choroby współistniejące, przebyte operacje ……...

……..…

……..

Uczulenia …….....

……...

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne

……

……

……

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych

……

……

Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16 roku życia

……

……

Szczepienia ochronne (daty) - dotyczy osób do 16 roku życia

……

……

…….. ……

(data) (pieczęć i podpis lekarza)

* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

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

Imię i nazwisko uczestnika turnusu……...…….

PESEL albo numer 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.

…… …….....

(data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

INFORMACJA O OPIEKUNIE-WYPEŁNIA OPIEKUN

Imię i nazwisko
……
Adres zamieszkania
……..……..
PESEL
……...……

Oświadczam, iż zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 roku w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz.U. z dnia 11 grudnia 2007 r.):

1. nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na tym turnusie,
2. nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
3. ukończyłem/am 18 lat,
4. ukończyłem/am 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

……
Data i podpis opiekuna

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 *§ 1 KK oświadczam, że podane we wniosku informacje są prawdziwe. O zmianach zobowiążę się poinformować w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.*

……
Data i podpis wnioskodawcy