

.....
Data wpływu wniosku.....
Nr sprawy

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KUTNIE UL. KRZYWOUSTEGO 11

tel: (24)361-68-15 (24) 361-68-14 e-mail: rehabilitacja@pcprkutno.pl

WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM

1. Dane personalne osoby niepełnosprawnej

Imię.....

Nazwisko.....

Data urodzenia r.

PESEL

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Osoba składająca wniosek
 Wnioskodawca osobiście
 rodzic dziecka
 opiekun prawny dziecka
 opiekun prawny podopiecznego
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)* - pobyt stałyKod pocztowy
(poczta)

Miejscowość

ulica

Nr domu Nr m. Powiat

Województwo

 miasto
 wieś
KONTAKT TELEFONICZNY

nr kier.nr telefonu

nr tel. komórkowego:.....

e 'mail (o ile dotyczy):
.....**2. STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY /DZIECKA /
PODOPIECZNEGO (należy wybrać tylko jedną pozycję zgodnie z posiadanym orzeczeniem)**

<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka

 ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wydawane do 16 roku życia)Ww. dokument jest ważny: okresowo do bezterminowo

3. Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.....

4. Imię i nazwisko opiekuna.....

(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

5. Wcześniejsze korzystanie ze środków PFRON na dofinansowanie turnusu rehabilitacyjnego:

1. Korzystałem/am TAK NIE

2. Korzystałem/am w roku (ostatnie dofinansowanie):

6. STATUS OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ (należy wybrać tylko jedną pozycję)

Osoba zatrudniona:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE**
a) w zakładzie pracy chronionej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba ucząca się (do 25 r. życia)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Emeryt/ Rencista	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

**inne (np. osoba bezrobotna, osoba zarejestrowana w PUP itp.)

7. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM

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 wynosił:

..... zł.

b) Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wraz z Wnioskodawcą wynosi:.....

Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.

Zgodnie z art.75 KPA, uprzedzony/ a o odpowiedzialności karnej z art.233 KK za fałszywe zeznanie, prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Dochód* – oznacza przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (tj. Dz. U. 2020 r. poz.111 z późn.zm.) podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

Do dochodu **wlicza się**, m.in. przychody podlegające opodatkowaniu, dochód z działalności gospodarczej / rolniczej, renty, emerytury, zasiłki chorobowe, alimenty na rzecz dzieci, stypendia określone w przepisach o systemie oświaty, dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego, świadczenia określone w przepisach o wykonywaniu mandatu posła i senatora, zaliczkę alimentacyjną

Do dochodu **nie wlicza się** zasiłków z pomocy społecznej, takich jak zasiłek rodzinny, zasiłek pielęgnacyjny, zasiłek okresowy, zasiłek stały.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

W przypadku złożenia fałszywych zeznań kwota dofinansowania ze środków PFRON do turnusu rehabilitacyjnego podlega zwrotowi.

Oświadczam, że moim **opiekunem** na turnusie rehabilitacyjnym nie będzie osoba niepełnosprawna wymagająca opieki innej osoby (I grupa) oraz nie będzie pełniła funkcji członka kadry na tym turnusie. Jest osobą pełnoletnią lub ukończyła 16 lat i jest członkiem rodziny wspólnie zamieszkującym z osobą niepełnosprawna.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym **aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia** - dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika osoby niepełnosprawnej*

.....
imię/imiona i nazwisko

.....
imię ojca

dowód osobisty

seria..... nr..... wydany w dniu..... przez.....

dokładny adres

nr kodu.....-..... poczta..... województwo/powiat...../.....

miejsowość..... ulica..... nr domu..... nr lokalu.....

ustanowiony

opiekunem/pełnomocnikiem****.....

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt*/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza..... z dn. repert. nr)

* Wypełnić w przypadku wniosku dot. osoby małoletniej bądź posiadającej opiekuna prawnego lub pełnomocnika

** niewłaściwe skreślić

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny (załącznik do wniosku).
2. Kserokopia aktualnego, uprawomocnionego orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności.(oryginał do wglądu)
3. Dzieci i młodzież ucząca się i niepracująca w wieku od 16 do 24 lat, przedkłada zaświadczenie o pobieraniu nauki.
4. W przypadku osób pracujących oświadczenie o zatrudnieniu (załącznik do wniosku) .
5. W przypadku osób niezatrudnionych stosowne oświadczenie.
6. W przypadku ubezwłasnowolnienia wnioskodawcy, kserokopia zaświadczenia sądowego ustanawiającego opiekuna prawnego (oryginał do wglądu).
7. W przypadku Pełnomocnictwa Notarialnego - kserokopia dokumentu (oryginał do wglądu).

.....
data

.....
czytelny podpis
Wnioskodawcy

(rodzica, opiekuna oprawnego
lub pełnomocnika)

.....
WYPEŁNIA PCPR

.....
Data wpływu wniosku do PCPR

.....
Pieczęć PCPR i podpis pracownika

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

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo nr dokumentu tożsamości

.....

Adres zamieszkania (miejsce pobytu w przypadku osoby bezdomnej)

.....

.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*

- dysfunkcja narządu ruchu osoba porusza się na wózku inwalidzkim
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- choroba psychiczna
- schorzenie układu krążenia
- upośledzenie umysłowe
- padaczka
- inne (jakie?)

.....

.....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:

- Nie
- Tak – uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

Uwagi (zalecenia, wskazania, przeciwwskazania):

.....

.....

.....

*właściwe zaznaczyć

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)

Oświadczenie o zatrudnieniu

.....
(imię i nazwisko)

.....
(numer i seria dokumentu tożsamości)

Oświadczam, że jestem zatrudniona/y*) w (dokładna nazwa
zakładu pracy)

..... (adres zakładu
pracy)

.....
(nr telefonu do zakładu pracy)

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(data i czytelny podpis)

Załącznik nr 3 do wniosku

Oświadczenie

.....
(imię i nazwisko)

.....
(numer i seria dokumentu tożsamości)

Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną: zarejestrowaną/ niezarejestrowaną w PUP* * niewłaściwe skreślić

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(data i czytelny podpis)

Dane wnioskodawcy:

.....

(imię i nazwisko)

.....

.....

.....

(adres zamieszkania)

DANE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

1. Imię i nazwisko opiekuna:

2. PESEL:

3. Miejsce zamieszkania:

4. Stopień niepełnosprawności*:

.....

(data i podpis wnioskodawcy)

* Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kutnie informuje, iż w/w dane zostaną poddane weryfikacji.

Klauzula informacyjna dla klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kutnie dotycząca przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art. 13 **RODO*** informuję:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kutnie, reprezentowane przez Dyrektora

Siedziba: 99-300 Kutno, ul. Krzywoustego 11, Regon: 472200940

Kontakt: tel: **24/ 355-47-50**, e-mail: **sekretariat@pcprkutno.pl**

2. Z Inspektorem ochrony danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Kutnie można skontaktować się za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: **ido@pcprkutno.pl**, lub listownie na powyżej wskazany adres z dopiskiem „Inspektor ochrony danych”.

3. Zbierane dane osobowe są przetwarzane zgodnie z RODO - w celu realizacji zadań określonych przepisami prawa i nie będą udostępniane podmiotom innym, niż upoważnione na podstawie przepisów prawa.

4. Podstawą prawną przetwarzania Pana/ Pani danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO – wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze.

5. **Celem przetwarzania Pana/Pani danych osobowych jest dofinansowanie zadań z zakresu rehabilitacji społecznej**, tj. realizacja zadań wynikających z Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

6. Obowiązujące przepisy prawa wskazują w jakich przypadkach konieczne jest podawanie danych osobowych. W pozostałych przypadkach podawanie danych osobowych ma charakter dobrowolny.

7. Dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie przez okres niezbędny do zrealizowania zadania/ uprawnienia wynikającego z ustawy wskazanej w pkt. 5 oraz przez okres wskazany w przepisach o archiwizowaniu danych; po tym okresie dane osobowe mogą być usuwane – na podstawie przepisów prawa.

W przypadku w/w dokumentacji kat. archiwalna B10.

8. Przewidywani odbiorcy danych:

- a) upoważnieni pracownicy Administratora,
- b) podmioty przetwarzające, które świadczą usługi na rzecz Administratora np. w zakresie obsługi informatycznej lub obsługi prawnej,
- c) apteki,
- d) sklepy medyczne,
- e) szkoły
- f) ośrodki realizujące usługi w zakresie rehabilitacji osób niepełnosprawnych,
- g) ZUS,
- h) Urząd skarbowy,
- i) instytucje nadzorujące,
- j) ośrodki pomocy społecznej,
- k) PCPR.

9. Każda osoba, ma prawo do:

- a) żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania,
- b) otrzymania kopii na zasadach wskazanych w art. 15 ust 3 i 4 RODO,
- c) prawo do usunięcia danych osobowych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa,

d) ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych - chyba że przepisy prawa sprzeciwiają się temu,

e) wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli stwierdzi, że przetwarzanie w naszym urzędzie narusza przepisy prawa.

10. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku i przyznania dofinansowania.

11. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

12. Pana/Pani dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

Zapoznałem/am się z powyższą klauzulą

(data, podpis)

****Rozporządzenie 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***