

.....
(data wpływu do PCPR)

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

WNIOSEK

O dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

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

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania *

Data urodzenia

Numer telefonu/e-mail

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE ** (ksero dołączyć do wniosku)

- | | | | |
|--|---|---------------------|---------------|
| a) o stopniu niepełnosprawności | znacznym | umiarkowanym | lekkim |
| b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów | I | II | III |
| c) o całkowitej niezdolności do pracy | częściowej niezdolności do pracy | | |
| | o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym o niezdolności do samodzielnej egzystencji | | |
| d) o niepełnosprawności do 16 roku | | | |

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, wyniósł

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. ***

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną własnoręcznym podpisem.

.....
data

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

**Właściwe zaznaczyć

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

.....
(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 wzroku
choroba psychiczna
schorzenia układu krążenia

dysfunkcja narządu słuchu
upośledzenie umysłowe
padaczka
inne (jakie?).....
.....
.....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

NIE

TAK – uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

**Właściwe zaznaczyć

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Informacja o stanie zdrowia *

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania zamieszkania (miejsce pobytu**)

Rozpoznanie choroby zasadniczej.....
.....
.....
.....

Uczulenia

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie).....
.....
.....
.....

.....
(data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

*wypełnić w przypadku gdy program przewiduje zabiegi
fizjoterapeutyczne **wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

Klauzula informacyjna
dla klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kościanie
64-000 Kościan, ul. Gostyńska 38

W związku z rozpoczęciem stosowania od dnia 25 maja 2018 r. 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej: RODO) informujemy, iż na podstawie art. 13 RODO od dnia 25 maja 2018 r. będą Pani/Panu przysługiwały określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kościanie**

- Administratorem danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie** z siedzibą w Kościanie, ul. Gostyńskiej 38
- W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Kościanie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych, z którym można się kontaktować pod adresem e-mail: **iod@pcprkoscian.pl**
- Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych.
- Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenie z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych.
- Odbiorcą danych osobowych będą tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych.
- Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
- Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu;
- Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. 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 2016r.;
- Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym.

.....
podpis

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ UCZESTNICZĄCEGO
W TURNUSIE REHABILITACYJNYM**

***(wypełnia opiekun tylko jeśli lekarz wskaże konieczność jego pobytu na turnusie
rehabilitacyjnym)***

Ja, niżej podpisany/a
(imię i nazwisko opiekuna)

jako opiekun osoby niepełnosprawnej
(imię i nazwisko uczestnika turnusu)

zgodnie z § 4 ust. 2 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia
15 listopada 2007 roku w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 r., Nr 230,
poz. 1694) **oświadczam, że:**

- ✓ nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
- ✓ nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- ✓ ukończyłem/am 18 lat*,

lub

- ✓ ukończyłem/am 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej*.

.....
(Data i podpis osoby składającej oświadczenie)

*niewłaściwe skreślić

**Informacje uzupełniające do wniosku
PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby
ubezważnionionej), opiekun prawny lub pełnomocnik**

Imię i nazwisko:

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:

.....

Data urodzenia:

ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:

.....

postanowieniem Sądu Rejonowego:

.....

z dn. sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

.....

z dn. repet. nr

.....

data

.....

podpis
przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*
pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić

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 społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu