

.....
(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, imię ojca.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania *

Data urodzenia

Numer telefonu

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

.....
(pieczętka 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 **

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> inne (jakie?)..... |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia | |
| | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE**
- TAK** – uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

**Właściwe zaznaczyć

.....

(data)

.....

(pieczętka 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 oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

- Administratorem danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Kościanie przy ul. Gostyńskiej 38 oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**
- **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