Numer sprawy PCPR...............................

**Wypełnia PCPR**

*Rozpatrzono dnia ……………………………..*

*Przyznano dofinansowanie w wysokości:*

*dla uczestnika ……………. dla opiekuna……………*

.......................................... ......................................................

data wpływu wniosku do PCPR pieczęć PCPR i podpis pracownika

**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)

1. Imię i nazwisko ............................................................................................................................

PESEL lub numer dowodu tożsamości ........................................................................................

Adres zamieszkania\* ....................................................................................................................

Data urodzenia ........................................................................................................................

Nr telefonu …………………………………………………………..……………………….

1. W przypadku dzieci / osób dorosłych nie posiadających zdolności do czynności prawnych z wnioskiem występuje opiekun ustawowy lub prawny:

Imię i nazwisko opiekuna ustawowego/prawnego ………………………………………….

Adres opiekuna ustawowego/prawnego ……………………………………………………..

Seria i numer dowodu tożsamości ………………………….. PESEL ………………………… Nr telefonu …………………………………………………………………………………….

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

**POSIADANE ORZECZENIE: \*\***

a) o stopniu niepełnosprawności  znacznym  umiarkowanym  lekkim

b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów  I  II  III

c)  o całkowitej  o częściowej niezdolności 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 zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem* )

**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/ osobę

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ....................

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadomy (a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

**Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia. \*\*\*\***

Zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 r. nr 230 poz. 1694 z późn. zm.), oświadczam, że:

1. zostałem/am skierowany/a na turnus rehabilitacyjny na wniosek lekarza, pod którego opieką się znajduję,
2. w roku bieżącym nie uzyskałem/uzyskałam\*\*\* dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON,
3. dokonam wyboru ośrodka i organizatora turnusu posiadającego odpowiednio wpis do rejestru ośrodków i organizatorów turnusów prowadzonego przez wojewodę (www.empatia.mpips.gov.pl),
4. będę uczestniczyć w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybiorę,
5. nie będę pełnić funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.
6. jestem w wieku od 16 do 24 lat, uczę się i nie pracuję TAK / NIE / NIE DOTYCZY\*\*\*\*

|  |
| --- |
| \* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.  \*\* Właściwe zaznaczyć.  \*\*\*\* Niewłaściwe skreślić  \* \*\*\* Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne. |

**KLAUZULA  INFORMACYJNA**

Zgodnie art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.5.2016r.), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Centrum Pomocy Rodzinie w Brzozowie (PCPR Brzozów) mające swoją siedzibę przy ul. 3 Maja 51, 36-200 Brzozów. (Nr telefonu kontaktowego - tel./fax (013) 434 20 45, (013) 434 47 56, adres poczty elektronicznej email: [pcpr@powiatbrzozow.pl](mailto:pcpr@powiatbrzozow.pl))
2. Pozyskane dane osobowe  przetwarzane będą na podstawie przepisów prawa wynikającego z art. 6 ust.1 lit a, b i c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO – (tj. na podstawie udzielonej zgody, zawartych umów oraz przepisów szczególnych: ustawy o pomocy społecznej, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych)
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (tj. realizacji zadań wynikających z zakresu statutowej działalności instytucji, bądź zawartych umów).
4. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane osobowe dotyczą, podanie przez klientów PCPR Brzozów danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.

Natomiast w sytuacji, gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa podanie danych osobowych do spełnienia w/w celu jest obowiązkowe.

W obu przypadkach konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości wszczęcia postępowania administracyjnego i realizacji ustawowych zadań ciążących na administratorze.

1. Pani/Pana dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, wynikające z przepisów prawa zawartych w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt obowiązującym w PCPR Brzozów, przez okres wymagany w związku z kategorią archiwalną. Ponadto okres przechowywania może się wydłużyć np. z uwagi na obowiązki dochodzenia roszczeń.
2. Administrator może przekazać Pani/Pana dane innym odbiorcom. Odbiorcą danych mogą być podmioty uzyskujące dostęp do Pani/Pana danych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa w tym na podstawie umowy powierzenia.
3. Administrator nie przekazuje Pani/Pana danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych w rozumieniu RODO.
4. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, przenoszenia i usunięcia, a także prawo do ograniczenia przetwarzania danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, jeżeli nie jest to ograniczone poprzez inne przepisy prawne.
5. Jeżeli przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody, a nie np. na podstawie przepisów uprawniających administratora do przetwarzania tych danych to przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem.
6. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj. *Prezes 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.
7. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

…………………………………. ………………………………………………

(data) czytelny podpis Wnioskodawcy/ Przedstawiciela ustawowego/ Opiekuna Prawnego

**Załączniki:**

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1,art. 5 lub art. 62 ustawy\*, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przed dniem 1 stycznia 1998 r. - **(oryginał do wglądu)**
2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny winien być sporządzony nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą złożenia wniosku.
3. W przypadku osób uczących się, które ukończyły 16 rok życia – zaświadczenie ze szkoły lub z uczelni o kontynuowaniu nauki.
4. Kopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny/pełnomocnik.
5. Oświadczenie dotyczące konieczności opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym ( w sytuacji gdy lekarz określi i uzasadni konieczność jego pobytu).

|  |
| --- |
| \* Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych  (t. j. Dz. U. 2018 poz. 511 z póź. zm.) |

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że moim opiekunem na turnusie będzie :

……………………………………………………..……………………………………………

(imię i nazwisko opiekuna)

Równocześnie oświadczam, że opiekun:

1. nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
2. nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
3.  ukończył 18 lat\*

 ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny \*

………………………………………………

czytelny podpis Wnioskodawcy/ Przedstawiciela ustawowego/ Opiekuna Prawnego

\* właściwe zakreślić

............................................................. Załącznik nr 2

*(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  dysfunkcja narządu słuchu

 osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

 dysfunkcja narządu wzroku  upośledzenie umysłowe

 choroba psychiczna  padaczka

 schorzenia układu krążenia  inne (jakie?) ...............................

........................................................

**Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

Nie

Tak – uzasadnienie .................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

**Uwagi:**

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\*Właściwe zaznaczyć.

............................................ .............................................

*(data) (pieczątka i podpis lekarza)*