Znak sprawy: **PCPR.550. ……. 2023**

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)

Imię i nazwisko .....

PESEL lub numer dowodu tożsamości .....

Adres zamieszkania* .....

Data urodzenia .....

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. ***

....

(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 pieczęć PCPR i podpis pracownika

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej), 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. …… syg. Akt*: .....

na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*: .....

.....

z dn. …….. repet. Nr .....

…… data

……. podpis przedstawiciela ustawowego* opiekuna prawnego* pełnomocnika*

Informacje uzupełniające do wniosku
DANE KONTAKTOWE OSOBY NIPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu: ……

Adres e-mail: ……

…….. (data)

…….. (podpis)

* niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

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); w terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania, nie później jednak niż na 21 dni przed dniem rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego, przekaże do PCPR informację o wyborze turnusu rehabilitacyjnego stanowiącą załącznik do wniosku,
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. dokonam wyboru turnusu rehabilitacyjnego trwającego co najmniej 14 dni. W przypadku skrócenia uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe poniosę koszty pobytu na tym turnusie. W przypadku skrócenia pobytu opiekuna osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe opiekun ponosi koszty pobytu na tym turnusie,
7. nie mam zaległości wobec PFRON oraz nie byłem/am w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
8. jestem w wieku od 16 do 24 lat, uczę się i nie pracuję TAK/NIE/NIE DOTYCZY*

.....

(podpis Wnioskodawcy)

* właściwe zakreślić

Przepisy w zakresie przyznawania dofinansowania do turnusów rehabilitacyjnych określa rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 15.11.2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 r. Nr 230 poz. 1694).

Klauzula informacyjna RODO
dla osoby, której dane są przetwarzane w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 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 (Dz. U. UE. L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO" informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:
   1) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, z siedzibą mieszczącą się pod adresem: Al. Jana Pawła II 13, 00 – 828 Warszawa, tel. 22 50 55 500, e-mail kancelaria@pfron.org.pl w zakresie danych przetwarzanych w ramach platformy ***System Obsługi Wsparcia.***
   2) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Brzozowie, z siedzibą mieszczącą się pod adresem: ul. 3-go Maja 51, 36-200 Brzozów, tel. 13 434 47 56 w zakresie danych przetwarzanych w dokumentacji papierowej i innych zbiorach danych, prowadzonych w związku z przyjmowaniem i rozpatrywaniem wniosków przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Brzozowie.

2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z wyznaczonym przez:
   1) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Inspektorem Ochrony Danych drogą elektroniczną pod adresem iod@pfron.org.pl .
   2) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Brzozowie, Inspektorem Ochrony Danych drogą elektroniczną pod adresem e-mail: inspektor@cbi24.pl bądź pisemnie, kierując korespondencję tradycyjną na adres Administratora podany w pkt 1.

3. Pani/Pana dane osobowe podlegają przetwarzaniu na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b) RODO, jako niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego Administratora określonego przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*, ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. *Kodeks postępowania administracyjnego* oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 15.11.2007 r. *w sprawie turnusów rehabilitacyjnych* – w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Jeżeli poda Pani/Pan dane oznaczone jako „**dobrowolne**" (numer telefonu, adres e-mail), to Administrator potraktuje takie zachowanie jako wyraźne działanie potwierdzające, że wyraża Pani/Pan zgodę na przetwarzanie tych danych na podstawie art. 6 ust. 1 lit a) RODO, w celu wskazanym w zdaniu poprzedzającym. W odniesieniu do tych danych ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
4. Pani/Pana dane mogą zostać przekazane następującym kategoriom odbiorców: a) podmiotom przetwarzającym – osobom fizycznym lub prawnym, organom publicznym, jednostkom lub innym podmiotom, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora – w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, podmiotom zapewniającym ochronę danych osobowych i bezpieczeństwo IT; b) podmiotom lub organom którym Administrator jest ustawowo obowiązany przekazywać dane lub uprawnionym do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa; c) operatorom pocztowym; d) pracownikom Administratora upoważnionym do przetwarzania danych w celu wskazanym w pkt 3.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania wskazanego w pkt 3, z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt Administratora tj. 10 lat, ustawie z dnia 14 lipca 1983 r. *o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach* bądź innych przepisach prawa, które regulują okresy przechowywania danych.
6. Posiada Pani/Pan prawo żądania od Administratora dostępu do, dotyczących Pani/Pana, danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych - w zakresie i na zasadach określonych przepisami prawa ochrony danych osobowych.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), jeżeli sądzi Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym - osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania. Konsekwencją niepodania, wymaganych ustawą, danych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku. Podanie danych osobowych „dobrowolnych", nie wymaganych ustawą, pozostaje bez wpływu na cel przetwarzania.

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

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

W związku z funkcją opiekuna, jaką będę pełnić na turnusie wobec wnioskodawcy:

……..……
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

Zgodnie z § 4 ust. 2 rozporządzenia 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 jako opiekun osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym:

1. nie będę pełnić 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*

.....
Czytelny podpis opiekuna

* właściwe zakreślić

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 pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym (w sytuacji gdy lekarz określi i uzasadni konieczność jego pobytu).
6. Oświadczenie osoby niepełnosprawnej.
7. Klauzula informacyjna.
8. **Wszystkie zmiany we wniosku wymagają formy pisemnej.**

---

* Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2020 poz. 426 z późn. zm.)

.....
(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) *(pieczątka i podpis lekarza)*