**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 ..........................................................................................................................................

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. \*\*\*

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

|  |
| --- |
|  (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\*

\* 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](http://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**

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)
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

**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. Dokumenty potwierdzające dochody (netto) Wnioskodawcy i osób wspólnie zamieszkujących prowadzących wspólnie gospodarstwo domowe z Wnioskodawcą za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (np.. decyzja ZUS, decyzja MOPS, zaświadczenie z zakładu pracy, zaświadczenie z urzędu pracy).
7. Oświadczenie osoby niepełnosprawnej.
8. Klauzula informacyjna.
9. **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  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)*