

Data wpływu:

Nr wniosku:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK
**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

ADRES ZAMIESZKANIA*

Nazwa pola	Wartość
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

II. DANE PODOPIECZNEGO*

☐ Nie dotyczy

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

DANE ADRESOWE

Nazwa pola	Wartość
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA

Przedstawicielem ustawowym:

Opiekunem prawnym:

Nazwa pola	Wartość
Postanowieniem Sądu Rejonowego:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	

Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

Nazwa pola	Wartość
Imię i nazwisko:	
Z dnia:	
Repetitorium nr:	

III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI*

Nazwa pola	Wartość
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ Nie dotyczy
Niezdolność:	☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji ☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy ☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy ☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ Nie dotyczy
Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ Tak ☐ Nie dotyczy

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI*

- ☐ Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
☐ Inna dysfunkcja narządu ruchu
☐ Dysfunkcja narządu wzroku
☐ Dysfunkcja narządu słuchu i mowy
☐ Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
☐ Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
☐ Inny / jaki?

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)

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**I. PLANOWANY TERMIN UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM**

Nazwa pola	Wartość
PLANOWANY TERMIN WYJAZDU	

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód netto, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał (trzech ostatnich miesięcy) poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił: _____ zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: _____.

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy wysokością dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych a pełną kwotą za turnus rehabilitacyjny.

Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2021 r. poz. 1023, 2054.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2019 poz. 1781).

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

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

* właściwe zaznaczyć.

** dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1.	wniosek lekarza o skierowanie na turnusu rehabilitacyjny
2.	kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności
3.	oświadczenie opiekuna osoby niepełnosprawnej (w przypadku takiej konieczności)
4.	oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych
5.	informacja o wyborze turnusu rehabilitacyjnego (powinno być dostarczone w ciągu 30 dni od daty otrzymania informacji o przyznaniu dofinansowania na turnus rehabilitacyjny)

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)

DANE ORGANIZATORA

.....
(nazwa)

.....
.....
(adres – ulica, kod pocztowy, miejscowość)

DANE OŚRODKA, W KTÓRYM ODBĘDZIE SIĘ TURNUS

.....
(nazwa)

.....
.....
(adres – ulica, kod pocztowy, miejscowość)

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)

DANE UCZESTNIKA**DANE OPIEKUNA**

.....
(imię i nazwisko)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(PESEL)

.....
(PESEL)

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA
OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Niniejszym oświadczam, że:

- 1) nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie, na którym jestem opiekunem dla osoby niepełnosprawnej;
- 2) nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki;
- 3) w przypadku skróceniu czasu pobytu na turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innym niż losowe zobowiązuje się ponieść koszty uczestnictwa.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis opiekuna)



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 niepełnosprawności lub dysfunkcji*

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku
- ☐ upośledzenie umysłowe
- ☐ choroba psychiczna
- ☐ epilepsja
- ☐ schorzenia układu krążenia
- ☐ inne (jakie?)

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne*

- ☐ oprotezowanie / zaaparatowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)
- ☐ oprotezowanie / zaaparatowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)
- ☐ wózek inwalidzki
- ☐ kule łokciowe
- ☐ inne (jakie?)

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie*

- ☐ NIE
 - ☐ TAK – uzasadnienie
-
-
-

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania)

.....

Uzasadnienie wniosku

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* właściwe zakreślić.

.....
(data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego w procesie realizacji przedmiotowego zadania.

1. Przyjmuję do wiadomości, iż moje dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji wniosku na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektyw 95-46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r, str.1) oraz ustaw wynikających z realizacji zadań PCPR.
2. Moje dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z instrukcji kancelaryjnej.

.....
(podpis wnioskodawcy / pełnomocnika)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., informuję, że:

1. Administratorem danych osobowych jest:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
Al. Piłsudskiego 133 d, lok. 214
92-318 Łódź

2. Inspektorem Danych Osobowych jest:

Beata Grzesiak – Młynarczyk
tel.: 42 676 34 87
e-mail: beata.grzesiak@lodzkiwschodni.pl

3. Osoba, która powierzyła swoje dane osobowe PCPR posiada prawo do: dostępu treści swoich danych i ich poprawiania, sprostowania, usunięcia, ograniczenia, przetwarzania, przenoszenia danych, cofnięcia zgody na przetwarzanie.
4. Osoba, której PCPR powierza dane osobowe ma prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Osobowych, gdy przetwarzanie danych osobowych naruszyłoby przepis ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
5. Podanie danych osobowych jest obowiązkiem osoby ubiegającej się o pomoc w PCPR, konsekwencją nie podania danych będzie brak możliwości rozpatrzenia i udzielenia ewentualnej przysługującej pomocy.

.....
(data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego w procesie realizacji przedmiotowego zadania.

1. Przyjmuję do wiadomości, iż moje dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji wniosku na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektyw 95-46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r, str.1) oraz ustaw wynikających z realizacji zadań PCPR.
2. Moje dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z instrukcji kancelaryjnej.

.....
(podpis opiekuna)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., informuję, że:

6. Administratorem danych osobowych jest:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
Al. Piłsudskiego 133 d, lok. 214
92-318 Łódź

7. Inspektorem Danych Osobowych jest:

Beata Grzesiak – Młynarczyk
tel.: 42 676 34 87
e-mail: beata.grzesiak@lodzkiwschodni.pl

8. Osoba, która powierzyła swoje dane osobowe PCPR posiada prawo do: dostępu treści swoich danych i ich poprawiania, sprostowania, usunięcia, ograniczenia, przetwarzania, przenoszenia danych, cofnięcia zgody na przetwarzanie.
9. Osoba, której PCPR powierza dane osobowe ma prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Osobowych, gdy przetwarzanie danych osobowych naruszyłoby przepis ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
10. Podanie danych osobowych jest obowiązkiem osoby ubiegającej się o pomoc w PCPR, konsekwencją nie podania danych będzie brak możliwości rozpatrzenia i udzielenia ewentualnej przysługującej pomocy.