

**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:.....
Adres zamieszkania:*......
.....
Data urodzenia:.....
Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym:.....
Numer telefonu.....

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 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, wynosił zł. 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.***

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie 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. sygn.Akt*:
/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza *:
.....
z dn.repet.nr

.....
data

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

* niepotrzebne skreślić

.....
Imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....
/miejscowość, data/

.....
Adres

Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Rok urodz.	Źródło dochodu	Miesięczna wysokość dochodu netto *
1.		<i>Wnioskodawca</i>			
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
RAZEM					

* przeciętny miesięczny dochód rodziny /świadczenia emerytalno – rentowe, zasiłek wychowawczy, dochód z tyt. pracy, z tyt. prowadzenia gospodarstwa rolniczego, świadczenia z pomocy społecznej, zasiłek dla osób pozostających bez pracy/ w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych/, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń: emerytalnego, rentowego i chorobowego określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za ostatni kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek.

Oświadczam, iż:

1/ podane informacje są zgodne z prawdą;

W przypadku podania informacji budzących wątpliwości wyrażam zgodę na sprawdzenie powyższych danych przez pracowników PCPR.

2/ miejsce mojego zamieszkania i stałego pobytu jest pod adresem:

.....
3/ o w/w dofinansowanie ubiegam się wyłącznie w powiecie myszkowskim.

.....
/podpis Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego/

Załączniki do wniosku:

1/ Kserokopia prawomocnego orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, grupie inwalidzkiej lub niezdolności do pracy

2/ Kserokopia dokumentów stanowiących opiekę prawną lub pełnomocnictwo notarialne- o ile dotyczy

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko.....

PESEL lub 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
☐ schorzenie układu krążenia ☐ inne
(jakie?).....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym:

- ☐ NIE
☐ TAK – uzasadnienie
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwie zaznaczyć

.....
Data

.....
pieczętka i podpis lekarza

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH – POSTĘPOWANIE ADMINISTRACYJNE

Administrator, dane kontaktowe	<p>Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myszkowie, ul. Partyzantów 21, 42-300 Myszków, kontakt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) osobiście lub na adres poczty elektronicznej: pcprmyszkow1@wp.pl, 2) telefonicznie: 34 313 02 98 3) pisemnie: ul. Partyzantów 21, 42-300 Myszków
Inspektor Ochrony Danych	<p>W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Myszkowie został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) za pomocą poczty elektronicznej: sabios.dsb@gmail.com
Cele przetwarzania, czas przechowywania poszczególnych kategorii danych, podanie danych	<p>Dane będą przetwarzane przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myszkowie w celach:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wypełnienia obowiązków prawnych - w szczególności zadań wynikających z: <ol style="list-style-type: none"> a. ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym b. ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej c. ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych <p>Dane przetwarzane nie dłużej niż przez okres 10 lat, podanie danych jest obowiązkowe, brak podania danych będzie skutkował niezakończaniem sprawy.</p>
Odbiorcy danych	<p>Dane osobowe mogą być ujawnione następującym odbiorcom:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) podmioty upoważnione do odbioru Pani/Pana danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa; 2) podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające).
Prawa osoby, której dane dotyczą	<p>Osoby, których dane osobowe przetwarza Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myszkowie mają prawo do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) dostępu do swoich danych osobowych 2) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe 3) żądania usunięcia danych, gdy dane nie są niezbędne do celów, dla których zostały zebrane lub po wniesieniu sprzeciwu wobec przetwarzania danych, gdy dane są przetwarzane niezgodnie z prawem. 4) żądania ograniczenia przetwarzania danych, gdy osoby te kwestionują prawidłowość danych, przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myszkowie nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń, lub gdy osoby te wniosły sprzeciw wobec przetwarzania danych – do czasu stwierdzenia nadrzędnych interesów administratora nad podstawą takiego sprzeciwu; 5) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych – z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją osób, których dane są przetwarzane; 6) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.