

**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym***(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzic bądź opiekun prawny)*

Imię i Nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

Data urodzenia

Tel.

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) NIEJestem 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 wynosi zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz 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

** właściwie zaznaczyć

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

.....
(wypełnia PCPR).....
(data wypływu wniosku do PCPR).....
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

1. Dane osoby niepełnosprawnej:

Imię i nazwisko:

numer PESEL.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

adres zamieszkania:

miejsowość, kod pocztowy:
ulica numer domu / mieszkania:

2. Sposób kalkulacji przeciętnego miesięcznego dochód:

Lp.	Stopień pokrewieństwa do osoby niepełnosprawnej uprawnionej do uzyskania dofinansowania	Źródło dochodu Np. praca, emerytura/renta	Przeciętny miesięczny dochód w zł
1.	osoba niepełnosprawna wskazana w pkt. 1 wniosku		
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
	Łączny dochód w gospodarstwie domowym:		

3. Oświadczenia osoby składającej wniosek:

- 1) Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że w ciągu trzech lat od złożenia wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- 2) Oświadczam, że nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym za pośrednictwem innego samorządu powiatowego.
- 3) Oświadczam, że dołączone orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/orzeczenie o niepełnosprawności (lub dokument równoważny) jest prawomocny,
- 4) *Dotyczy osoby niepełnosprawne ubiegających się o turnus rehabilitacyjny w wieku 16 – 24 lat.*

Oświadczam, że osoba niepełnosprawna ubiegająca się o dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego jest:

- w wieku 16 – 24 lat uczącą się i niepracująca,
- w wieku 16 – 24 lat uczącą się i pracująca,
- inny wieku, nie dotyczy.

Warunki oświadczeń wymienione w ppkt. 1) – 3):

• spełniam

• nie spełniam w ppkt.:

4. Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łąncucie z siedzibą w Łąncucie, Piłsudskiego 70/5, 37-100 Łąncut,
- kontakt do Inspektora Ochrony Danych – Piotr Władyka, tel. 669 509 468, e-mail piotr.wladyka@powiatlancut.pl,
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łąncucie – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie art. 9 ust.1 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
- odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
- Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną,
- posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody),
- ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,
- podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa, a pozostałym zakresie jest dobrowolne.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (Dz. U. 2016 poz. 1137) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Niepodanie danych w zakresie wymaganym przez przepisy prawa może skutkować pozostawieniem sprawy bez rozpoznania.

miejscość:

.....

dnia:

.....

.....

czytelny podpis wnioskodawcy
lub pełnomocnika

.....
(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

schorzenie układu krążenia

inne, (jakie?)

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

NIE

TAK – uzasadnienie

Uwagi:

.....
(data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
** właściwe zaznaczyć