

**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 albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

Data urodzenia

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE **

a) o stopniu niepełnosprawności znacznym umiarkowanym lekkim

Numer orzeczenia:

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:

.....

Numer telefonu:

Adres email:

Data urodzenia:

ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:

.....

postanowieniem Sądu:

.....

z dn. sygn. 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 NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu:

Adres e-mail:

.....

(data)

.....

(podpis)

* niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Wnioski będą rozpatrywane od momentu zatwierdzenia środków finansowych przez Radę Powiatu Niżańskiego, otrzymanych wg algorytmu z PFRON.
2. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych dla powiatu niżańskiego na dany rok kalendarzowy.
3. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnacje należy zgłaszać do tutaj. PCPR w formie pisemnej.

.....
(podpis Wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Zgodnie z § 4 ust. 1 pkt. 2, 3, 4, 6 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie *turnusów rehabilitacyjnych* (Dz. U. Nr 230, poz. 1694), oświadczam, że:

1. W roku bieżącym nie uzyskałem/am* dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON.
2. Dokonam wyboru turnusu w ośrodku, który jest wpisany do rejestru ośrodków prowadzonego przez wojewodę.
3. Dokonam wyboru organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów
4. Nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.

.....
(podpis Wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Ja niżej podpisany/na,

zamieszkały/a

będę pełnił funkcję opiekuna na turnusie dla:

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

Zgodnie z § 4 ust. 2 pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie *turnusów rehabilitacyjnych* (Dz. U. z 2014 r., poz. 1937), oświadczam, że jako opiekun osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym:

1. Nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie.
2. Nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.
3. Ukończyłem/am 18 lat / lub ukończyłem/am 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.*

.....
(podpis opiekuna)

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

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko.....

PESEL

Adres

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje

.....

Uczulenia

.....

Przyjmowała leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne:

.....

.....

.....

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych:

.....

.....

.....

.....

Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16 roku życia

.....

.....

.....

Szczepienia ochronne (daty) – dotyczy osób do 16 roku życia

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* niepotrzebne skreślić

.....
(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:**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) |
| <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
 TAK - uzasadnienie

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

Uwagi:

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

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć.

.....
(data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)

Uwaga: Wniosek należy wypełniać CZYTELNIE. Wszystkie wymagane pola powinny być uzupełnione.

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: od do

Dane organizatora turnusu:

Nazwa i adres z kodem pocztowym

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

Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus:

Nazwa i adres z kodem pocztowym

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

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 ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis Wnioskodawcy)

Klauzula informacyjna

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

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nisku z siedzibą w Nisku pod adresem 37-400 Nisko, ul. Kościuszki 7, tel. 15 84 16 368, e mail: poczta@pcpr-nisko.pl
2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Pan Andrzej Kołodziej, z którym można się skontaktować pod e-mail: poczta@pcpr-nisko.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu : *Przyznanie dofinansowania ze środków PFRON Na podstawie: Art. 4 ust. 1, pkt. ustawy z dnia 5 czerwca 1980 o samorządzie powiatowym, art. 35a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych*
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie: *Brak odbiorców danych*
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu usunięcia zgodnie z kategorią archiwalną tj.: *Zgodnie z kategorią archiwalną.*
7. Posiada Pani/Pan prawo:
 - a) dostępu do treści swoich danych osobowych,
 - b) prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania,
 - c) prawo do przenoszenia danych,
 - d) prawo wniesienia sprzeciwu.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego 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.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe, a ich zakres został określony w ustawie Kodeks postępowania administracyjnego oraz w przepisach szczegółowych, konsekwencją nie-podania tych danych będzie pozostawienie podania bez rozpoznania.
10. Pani/Pan dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Zapoznałem/am się