

**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

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.

** Właściwe zaznaczyć.

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

Wypełnia PCPR

.....

(data wpływu wniosku do PCPR)

.....

(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

**Informacje uzupełniające do wniosku
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

OŚWIADCZENIE

1. Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na podanie i przetwarzanie dodatkowych danych, które pozwolą na sprawniejsze załatwienie sprawy
 - Numer telefonu (z nr kier.).....
 - Adres e-mail.....
2. **Zapoznałem/am się z zasadami realizacji wnioskowanego zadania.**

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych RODO) informuję, iż:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowie Wielkopolskim z siedzibą w: 63-400 Ostrów Wielkopolski, al. Słowackiego 1 c, tel.: 62 735 51 52, fax.: 735 02 05, [e-mail: pcpr-sekretariat@powiat-ostrowski.pl](mailto:pcpr-sekretariat@powiat-ostrowski.pl), www.pcpr.powiat-ostrowski.pl.
2. Administrator danych powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowie Wielkopolskim, tel.: 62 62 735 51 52, fax.: 735 02 05 [e-mail: pcpr-sekretariat@powiat-ostrowski.pl](mailto:pcpr-sekretariat@powiat-ostrowski.pl).
 - o **dane osobowe są gromadzone i przetwarzane w celu realizacji obowiązków Administratora Danych, w związku z załatwianą sprawą, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) rozporządzenia RODO, co oznacza iż przetwarzanie danych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze,**
 - o **w celach archiwalnych.**
3. **Dane osobowe będą usuwane w terminach wskazanych w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych lub innych przepisach prawa, regulujących czas przetwarzania danych, którym podlega Administrator Danych.**
4. **Dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym je na zlecenie Administratora Danych (np.: podmiotom serwisującym systemy informatyczne i aplikacje, w których przetwarzane są dane osobowe), instytucjom uprawnionym do ich uzyskania na podstawie obowiązującego prawa (np.: organom administracji, sądom,) oraz innym podmiotom, w zakresie, w jakim są one uprawnione do ich otrzymywania na podstawie przepisów prawa**
5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, co oznacza, że nie ma Pani/Pan ani ustawowego ani umownego obowiązku podania tych danych. Jednakże w sytuacji, gdy nie podadzą nam Państwo tych danych, realizacja zadania nie będzie możliwa.
6. **Osoba, której dane są przetwarzane, w granicach określonych Rozporządzeniem RODO, ma prawo do:**
 - o żądania od Administratora Danych dostępu do swoich danych osobowych,
 - o sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, a także przenoszenia danych,
 - o wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU	
Lp.	
1.	Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny
2.	Kserokopia aktualnego, uprawomocnionego orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności
3.	Dzieci i młodzież ucząca się i niepracująca w wieku od 16 do 24 lat, przedkłada zaświadczenie o pobieraniu nauki
4.	W przypadku ubezwłasnowolnienia wnioskodawcy, kserokopia zaświadczenia sądowego ustanawiającego opiekuna prawnego
5.	W przypadku Pełnomocnictwa Notarialnego – kserokopia dokumentu
6.	Oświadczenie Wnioskodawcy według wzoru określonego w załączniku nr 2
7.	Pełnomocnictwo zwykłe

Wniosek wraz z załącznikami
przyjęłam/em

Potwierdzam kompletność wniosku

.....
data, pieczętka i podpis pracownika DRON

.....
data, pieczętka i podpis pracownika DRON