Numer kolejny wniosku.................

DRON.432

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)

*Dane dotyczące wnioskodawcy*

Imię i nazwisko..................................................................................................................................

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.......................................................................................

Adres zamieszkania\*: miejscowość ………………………….. ulica …………………………… nr domu …….. nr lokalu …., nr kodu …..... - ……. poczta ……………... powiat ………………………………...województwo .....................................................................

Data urodzenia ..................................................................................................................................

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ..........................................................

*Dane dotyczące pełnomocnika lub opiekuna prawnego osoby niepełnosprawnej bądź przedstawiciela ustawowego małoletniego wnioskodawcy:*

Imię i nazwisko.................................................................................................................................

Adres zamieszkania\*: miejscowość ………………………….. ulica …………………………… nr domu …….. nr lokalu …., nr kodu …..... - ……. poczta ……………... powiat ………………………………...województwo .....................................................................

# **POSIADANE ORZECZENIE\*\* - WAŻNE DO DNIA: ………………………………..**

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 netto: ........................... zł (słownie: ............................................................................................)/1 osobę.

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/podkreślić.

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

|  |
| --- |
|  |

**Wypełnia PCPR**

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

data wpływu wniosku do PCPR pieczęć PCPR i podpis pracownika

**Załączniki:**

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

**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:e-mail:%20pcpr-sekretariat@powiat-ostrowski.pl), [www.pcpr.powiat-ostrowski.pl](http://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:e-mail:%20pcpr-sekretariat@powiat-ostrowski.pl).
   * **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,**
   * **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:
   * żądania od Administratora Danych dostępu do swoich danych osobowych,
   * sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, a także przenoszenia danych**,**
   * wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na podanie i przetwarzanie dodatkowych danych, które pozwolą na sprawniejsze załatwienie sprawy

1. Numer telefonu (z nr kier.)……………………………………………………………...
2. Adres e-mail…………………………………………………………………………….
3. Informuję, iż obecnie pobieram naukę:

tak nie

1. Jestem zatrudniony/a poza zakładem pracy chronionej:

tak nie

1. Adres do korespondencji:

……………………………………………………………………………………………..

1. Inne:

……………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………..

.................................. …...................................................

(data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

**Zapoznałem/am się z zasadami realizacji wnioskowanego zadania**

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

miejscowość i data czytelny podpis wnioskodawcy