ZAŁĄCZNIK Nr 1

PCPR. .2024

Wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzic bądź opiekun prawny)

Nazwisko i Imię .....
PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....
Adres zamieszkania* .....
Data urodzenia .....
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) ..... ☐ 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 na osobę w rodzinie.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ..... osób.

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)

Wypełnia PCPR

..... **Data wpływu wniosku do PCPR**

..... **Pieczęć PCPR i podpis pracownika**

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.
** Właściwe zaznaczyć.
***dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

ZAŁĄCZNIK Nr 2

Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARSKI NA TURNUS REHABILITACYJNY

Nazwisko i Imię .....
PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....
Adres zamieszkana* ....
.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji * *

☐ dysfunkcja narządu ruchu
☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
☐ dysfunkcja narządu wzroku
☐ choroba psychiczna
☐ schorzenia układu krążenia
☐ dysfunkcja narządu słuchu
☐ upośledzenie umysłowe
☐ padaczka
☐ inne .....

Konieczność pobytu o p i e k u n a na turnusie **

☐ NIE
☐ TAK - uzasadnienie .....
.....
.....
.....
.....

Uwagi :
.....
.....
.....
.....
.....

..... (data)

..... (podpis i pieczątka lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.
** Właściwe zaznaczyć

.....
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....
(adres)

.....

.....
(miejscowość , data)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/na świadomy/ma odpowiedzialności karnej, grożącej mi za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą na podstawie art. 233 Kodeksu Karnego, oświadczam, że:

1. Nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
2. Będę uczestniczył/ła w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybiorę.
3. Nie będę pełnił/ ła funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.
4. W przypadku turnusu, którego program przewiduje także zabiegi fizjoterapeutyczne, przedstawię podczas pierwszego badania lekarskiego na turnusie zaświadczenie lekarskie o aktualnym stanie zdrowia, w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach,

*** niewłaściwe skreślić**

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

.....
(imię i nazwisko opiekuna)

.....
(adres)

.....

.....
(miejscowość , data)

OŚWIADCZENIE
opiekuna osoby niepełnosprawnej

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej – Pani/Pana/małoletniego.....

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

1. Zobowiązuję się do sprawowania na Nią ciągłej opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego.
2. Nie będę pełnił/ła funkcji członka kadry na tym turnusie.
3. Nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.
4. Ukończyłem/łam 18 lat **TAK *** **NIE***
5. Ukończyłem/łam 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej **TAK *** **NIE***

***niewłaściwe skreślić**

.....
(czytelny podpis opiekuna)

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
(dotyczy osoby niepełnosprawnej)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Rypinie, ul. Warszawska 38 A, 87-500 Rypin podanych przeze mnie danych osobowych zawartych we wniosku oraz w załącznikach, w celu uzyskania dofinansowania ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym także w postaci numeru telefonu..... oraz adresu e-mail.....

Oświadczam, że dane podane we wniosku i załącznikach są dobrowolne, prawdziwe oraz, że zapoznałem/łam się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych oraz prawie ich poprawiania.

.....
(data i podpis osoby wyrażającej zgodę)

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
(dotyczy przedstawiciela ustawowego dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej opiekun prawny lub pełnomocnik)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Rypinie, ul. Warszawska 38 A, 87-500 Rypin podanych przeze mnie danych osobowych zawartych we wniosku oraz w załącznikach, w celu uzyskania dofinansowania ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym także w postaci numeru telefonu..... oraz adresu e-mail.....

Oświadczam, że dane podane we wniosku i załącznikach są dobrowolne, prawdziwe oraz, że zapoznałem/łam się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych oraz prawie ich poprawiania.

.....
(data i podpis osoby wyrażającej zgodę)

OŚWIADCZENIE

o dochodach wnioskodawcy oraz osób wspólnie z nim pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Ja niżej podpisany/a

.....

Zamieszkały/a

.....

oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Imię	Nazwisko	Miesięczny dochód netto obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
Wnioskodawca – osoba niepełnosprawna*:		
1.		
Pozostali członkowie rodziny, którzy pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym **STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA (nie podawać imienia i nazwiska)**		
2.		
3.		
4.		
5.		
	RAZEM:	

*W przypadku osób samotnych do oświadczenia należy wpisać tylko wnioskodawcę.

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił ..... zł.

Uprzedzona/y odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (tekst jedn. Dz. U. z 2022 poz. 1138 t.j. oświadczam, że dane zawarte w załączniku są zgodne ze stanem faktycznym.

..... (data)

..... (podpis Wnioskodawcy)

Samodzielne gospodarstwo domowe (jednoosobowe) – Wnioskodawca posiada własne stałe dochody, utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.
Wspólne gospodarstwo domowe – należy rozumieć członków rodziny Wnioskodawcy, faktycznie wspólnie utrzymujących się i mających wspólny budżet domowy.
Przeciętny miesięczny dochód * – /dochód z tytułu pracy, świadczenia emerytalno - rentowe, dochód z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych/ pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób

przeciętny miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą = **łączny przeciętny miesięczny dochód netto wykazany w wierszu „Razem" w tabeli niniejszego Oświadczenia** / **liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli niniejszego Oświadczenia**

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*' .....

I na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*.....

z dn. ..... repet, nr.....

.....
data

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

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

Klauzula RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie 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, zwane dalej „RODO".

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO,
a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

..... (data)

..... (podpis Wnioskodawcy)