

Nr wniosku PCPR.730.....2024

Nr sprawy PCPR.....

wypełnia PCPR



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

**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 urodzeniaNr telefonu.....

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 niezdolności do pracy 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(łam) 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, wynosizł

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)

OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że jestem osobą w wieku 16-24 lat uczącą się i niepracującą: Tak Nie
2. Oświadczam, iż na turnusie rehabilitacyjnym nie będę pełniła/pełnił funkcji członka kadry ani nie będę opiekunem innego uczestnika na tym turnusie.
3. Oświadczam, że mam/nie mam* zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz byłem(łam)/nie byłem(łam)* w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie z Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
4. Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z klauzulą informacyjną stanowiącą załącznik nr 1 do wniosku.
5. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku innych niż wymienione w § 4 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie turnusów rehabilitacyjnych.
6. Zobowiązuję się do dostarczenia do PCPR w Nowym Dworze Gdańskim w terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania, nie później jednak niż na 21 dni przed dniem rozpoczęcia turnusu „Informacji o wyborze turnusu rehabilitacyjnego” sporządzonej na odrębnym załączniku do wniosku.
7. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania oraz, że wniosek nie przechodzi na rok następny.
8. Oświadczam, że są mi znane następujące informacje:
 - a) turnus rehabilitacyjny musi trwać co najmniej 14 dni, wyłącznie na terenie kraju;
 - b) w przypadku skrócenia uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym przez osobę niepełnosprawną lub jej opiekuna, z przyczyn innych niż losowe, osoba niepełnosprawna lub opiekun ponosi całkowite koszty pobytu na tym turnusie;
 - c) turnus rehabilitacyjny musi się odbyć w ośrodku uprawnionym do organizowania turnusów rehabilitacyjnych, który posiada aktualny wpis do rejestru ośrodków;
 - d) wybrany organizator turnusu rehabilitacyjnego musi posiadać wpis do rejestru organizatorów turnusów.
9. Nr aktu urodzenia dziecka(wypełnić w przypadku, gdy przedstawiciel ustawy posiada inne nazwisko niż niepełnoletnia osoba niepełnosprawna)

.....
data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności, orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (oryginały do wglądu).
2. Dokument potwierdzający pełnienie funkcji opiekuna prawnego.
3. Wniosek lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna, o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.
4. Zaświadczenie ze szkoły/uczelni - dotyczy dzieci i młodzieży od 18 do 24 roku życia uczącej się i niepracującej.

PRZY SKŁADANIU WNIOSKU NALEŻY OKAZAĆ DO WGLĄDU (na żądanie pracownika):

1. Dowód osobisty.
2. Akt urodzenia dziecka - w przypadku, gdy przedstawiciel ustawowy posiada inne nazwisko niż niepełnoletnia osoba niepełnosprawna.
3. Dokument notarialny potwierdzający pełnomocnictwo.
4. Dokumenty uzasadniające wysokość dochodów (netto) wszystkich członków pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym z ostatniego kwartału przed złożeniem wniosku (do weryfikacji dochodu).

Wypełnia PCPR

Wniosek rozpatrzono pozytywnie/negatywnie

Przyznano kwotę dofinansowania w łącznej wysokości:.....

słownie:.....

Uczestnik:

słownie:.....

Opiekun:.....

słownie:.....

.....
(pieczętka i podpis Dyrektora)

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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), dalej „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem Danych Osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Gdańskim, ul. Warszawska 28A, 82-100 Nowy Dwór Gdański, NIP: 5791833442, REGON: 191831780.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym może Pan(ni) się skontaktować w sprawach ochrony Pana(ni) danych osobowych i realizacji swoich praw pod następującym adresem poczty elektronicznej: iod@pcprndg.pl lub pisemnie na adres Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Gdańskim, ul. Warszawska 28A, 82-100 Nowy Dwór Gdański.
3. Pana(ni) dane osobowe przetwarzane będą w celu:
 - a. zawarcia i realizacji umowy – zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b RODO – przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy oraz zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. b RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej.
 - b. spełnienia ciążących na Administratorze Danych Osobowych obowiązków prawnych, w celach księgowych i podatkowych, itp. – zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO – przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze,
 - c. w pozostałych przypadkach na podstawie udzielonej zgody - zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
4. Podanie danych w celu realizacji obowiązków prawnych jest obligatoryjne, w pozostałych przypadkach dobrowolne.
5. Odbiorcami Pana(ni) danych osobowych będą osoby lub podmioty, którym dane zostają udostępnione w celu realizacji umowy np. dostawy.
6. Administrator Danych Osobowych nie przewiduje przekazywania Pana(ni) danych do państw trzecich, ani organizacji międzynarodowej w rozumieniu RODO.
7. Pana(ni) dane osobowe będą przetwarzane, przez okres wymagany literą prawa, w szczególności Ustawy z dnia 14 lipca 1983 roku o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. 1983 nr 38 poz. 173 z późn. zm.), a także Rozporządzenia 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 (Dz.U. 2011 nr 14 poz.67).
8. W odniesieniu do Pana(ni) danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, ani nie będą profilowane.
9. Wobec Administratora Danych Osobowych Posiada Pan(ni) prawo do:
 - żądania dostępu do danych – w granicach art. 15 RODO,
 - ich sprostowania – w granicach art. 16 RODO,
 - żądania usunięcia – w granicach art. 17 RODO,
 - lub ograniczenia czynności przetwarzania – w granicach art. 18 RODO,
 - wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych – w granicach art. 21 RODO,
 - przenoszenia danych, w tym uzyskania ich kopii – w granicach art. 20 RODO.
10. Przysługuje Panu(ni) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
11. Szczegółowe informacje na temat Ochrony Danych zamieszczamy w Polityce Prywatności dostępnej na naszej stronie www.pcprndg.pl