

**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

.....

Adres zamieszkania*.....

Data urodzenia Telefon.....

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 zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczony za kwartał (kalendarzowy) 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)

Załączniki:

- orzeczenie o niepełnosprawności lub inne równoważne,
- w przypadku osoby w wieku 16-24 lata uczącej się i nie pracującej zaświadczenie ze szkoły lub kopia legitymacji szkolnej

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwie zaznaczyć

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

5. Oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną RODO

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, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, 43-140 Łędziny, ul. Łędzińska 24 informuje, iż: Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji ustawowych i statutowych zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie. Przedstawione poniżej informacje przekazujemy aby było wiadomo kto i w jaki sposób przetwarza Pani/Pana dane osobowe.

1. Administratorem Pani/Pana danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie 43-140 Łędziny, ul. Łędzińska 24 reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie.
2. Powołaliśmy Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym może się Pani/Pan skontaktować pisząc na adres e-mail: iod@powiatbl.pl, tel. 32 226 91 74.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych i statutowych zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO).
4. Posiada Pani/Pan prawo do dostępu do swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, żądania ich usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, a także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
5. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
7. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji zadań jest obowiązkowe i wynika z przepisów prawa.

Oświadczam, iż zapoznałem/-am się z powyższą klauzulą informacyjną RODO

.....
(miejscowość, data)

.....
*(podpis Wnioskodawcy lub
przedstawiciela ustawowego)*

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:**

- | | |
|---|--|
| ☐ dysfunkcja narządu ruchu | ☐ dysfunkcja narządu słuchu |
| ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | |
| ☐ dysfunkcja narządu wzroku | ☐ upośledzenie umysłowe |
| ☐ choroba psychiczna | ☐ padaczka |
| ☐ schorzenia układu krążenia | ☐ inne (jakie?)..... |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- ☐ Nie
- ☐ Tak – uzasadnienie
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć.

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko.....
PESEL albo
Adres (miejsce pobytu*).....

Rozpoznanie choroby zasadniczej
.....
.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje
.....
.....
.....

Uczulenia
.....
.....

Przyjmowane 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)

* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

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 turnusu : od.....do.....

.....

Dane organizatora turnusu:

Nazwa i adres (z kodem pocztowym)

.....

.....

Dane ośrodka w który odbędzie się turnus:

Nazwa i adres (z kodem pocztowym)

.....

Oświadczam, że nie korzystałem 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
lub przedstawiciela ustawowego)

*wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.