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

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

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania* .....

Data urodzenia .....**Tel:**.....

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 ..... 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)*

* 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)*

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),
opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko: .....

PESEL lub numer dokumentu tożsamości: .....

Adres zamieszkania:.....

.....

Numer telefonu:.....

Adres email:.....

Data urodzenia:.....

ustanowiony przedstawicielem*/opiekunem*/pełnomocnikiem*.....

postanowieniem Sądu:.....

z dn.....sygn. Akt*:.....

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:.....

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

....

(data) *(podpis przedstawiciela ustawowego* opiekuna prawnego*pełnomocnika*)*

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 mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że w ciągu trzech lat od złożenia wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,.
2. nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał / ła się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym za pośrednictwem innego samorządu powiatowego,
3. dołączone orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/orzeczenie o niepełnosprawności (lub dokument równoważny) jest prawomocny.
4. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR nie później niż 14 dni od wystąpienia zaistniałej sytuacji.
5. Zapoznałem/łam się z Klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych
6. Moim opiekunem/ opiekunem mojego dziecka na turnusie *będzie:

....

(imię i nazwisko opiekuna) *(PESEL opiekuna)*

7. Wyżej wymieniony opiekun:
   - nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie, -
   - nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
   ☐ ukończył 18 lat* lub
   ☐ ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej *

SYTUACJA SPOŁECZNA/ZAWODOWA/MIESZKANIOWA

Oświadczam, że osoba niepełnosprawna ubiegająca się o dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego jest:*

☐ zatrudniona/prowadzi działalność gospodarczą,*
☐ w wieku od 16 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca,*
☐ bezrobotna poszukująca pracy/rencista poszukująca pracy,
☐ rencista/emeryt, nie zainteresowana podjęciem pracy,
☐ dziecko i młodzież do 16 lat

Zamieszkuje: *
☐ samodzielnie,
☐ z rodziną,
☐z osobami niespokrewnionymi

Zaspakajanie codziennych życiowych potrzeb*
☐ samodzielnie,
☐z pomocą drugiej osoby

<u>Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z otrzymaniem dofinansowania.</u>

....

(data) *(podpis wnioskodawcy przedstawiciela ustawowego* opiekuna prawnego* pełnomocnika*)*

<u>LISTA WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW DO WNIOSKU</u>

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 01.01.1998r. (oryginał do wglądu).
2. Wniosek lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna, o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.
3. Postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego/kuratora - w przypadku gdy Wnioskodawca jest osobą ubezwłasnowolnioną/niezdolną do samodzielnego złożenia wniosku.
4. Pełnomocnictwo notarialne w przypadku, gdy w imieniu Wnioskodawcy z wnioskiem występuje jego pełnomocnik.
5. Zaświadczenie o kontynuowaniu nauki w przypadku dzieci i młodzieży w wieku 16 - 24 lat.

** właściwe zaznaczyć*

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych
w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:
   - Powiat Łańcucki z siedzibą ul. Mickiewicza 2, 37-100 Łańcut,
   - Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łańcucie z siedzibą w Łańcucie, ul. Piłsudskiego 70/5, 37-100 Łańcut,
2. kontakt do Inspektora Ochrony Danych – Piotr Władyka, tel. 669 509 468, e-mail: piotr.wladyka@powiatlancut.pl,
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łańcucie – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie art. 9 ust. 1 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
4. odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną,
6. posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody),
7. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,
8. podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa, a pozostałym zakresie jest dobrowolne.

Dane osobowe są przekazywane do:

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

Niepodanie danych w zakresie wygnanym przez przepisy prawa może skutkować pozostawieniem sprawy bez rozpoznania.