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

Imię i nazwisko uczestnika: .....
PESEL albo numer dokumentu tożsamości: .....
Adres zamieszkania *): .....
.....
Data urodzenia: .....
Telefon nr .....
Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.....

POSIADANE ORZECZENIE**

a) o stopniu niepełnosprawności	znacznym	umiarkowanym	lekkim
b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidzkich	I	II	III

c) - o całkowitej/ o częściowej niezdolności do pracy
- o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym
- i 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 na turnusie)

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 poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił ..... zł
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia, sporządzonego przez lekarza, pod którego opieką się znajduję.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz. 1271 z późn. zm).Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

..... (data)

..... (czytelny podpis wnioskodawcy, a w przypadku osób niepełnoletnich podpis jednego z rodziców lub opiekuna prawnego)

*w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
** właściwe zaznaczyć

Wypełnia PCPR

..... **(data wpływu wniosku do PCPR)**

..... **(pieczęć PCPR i podpis pracownika)**

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Informacja o stanie zdrowia

Imię i nazwisko: .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości: .....

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)

.....
(pieczątka i podpis lekarza)

*wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko: .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości: .....

Adres (miejsce pobytu*): .....

Rodzaj schorzenia lub dyskunkcji **

- ❑ dysfunkcja narządu ruchu
- ❑ dysfunkcja narządu słuchu
- ❑ dysfunkcja narządu wzroku
- ❑ upośledzenie umysłowe
- ❑ schorzenia układu krążenia
- ❑ choroba psychiczna
- ❑ epilepsja
- ❑ inne (jakie?) .....

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne:**

- ❑ oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)
- ❑ oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)
- ❑ wózek inwalidzki
- ❑ kule łokciowe
- ❑ inne (jakie?).....

.....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**:

- ❑ Nie
- ❑ Tak – uzasadnienie: .....

.....

.....

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania):

.....

.....

.....

.....

Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczątka i podpis lekarza)

*wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej
** właściwe zakreślić

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY
dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Gostyninie
w celu dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego

Ja niżej podpisany/a .....

zamieszkały/a .....

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

Lp.	Nazwisko i imię	Stopień pokrewieństwa	Przeciętny miesięczny dochód za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
		RAZEM	

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód za kwartał poprzedzający miesiąc w którym składany jest wniosek przypadający na jedną osobę w mojej rodzinie wyniósł ..... zł ..... gr.
(słownie zł .....)
Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.

Oświadczam, że posiadam nie krótsze niż 6 miesięcy stałe/tymczasowe* zameldowanie na terenie powiatu gostynińskiego.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych PCPR dla potrzeb realizacji innych programów, zgodnie z ustawą 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz. 1271).

Prawdziwość powyższych danych
stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....
(miejscowość i data) *(podpis wnioskodawcy)*

CZĘŚĆ I – INFORMACJA O TURNUSIE

(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 którym odbędzie się turnus:

Nazwa i adres (z kodem pocztowym): .....
.....
.....

Oświadczam, że nie korzystam 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 ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy, a w przypadku osoby niepełnoletniej jednego z rodziców lub opiekuna prawnego)

*)w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

OŚWIADCZENIE
opiekuna osoby niepełnosprawnej
dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Gostyninie
w celu dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego

Ja niżej podpisany/a .....
(imiona i nazwisko)

zamieszkały/a .....
(miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania, nr kodu pocztowego)

oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek przypadający na jedną osobę w mojej rodzinie wyniósł ..... zł ..... gr. Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej .....
zobowiązuję się do sprawowania nad nią ciągłej opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego.

Oświadczam, że jest mi wiadomym, że dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego dla osoby niepełnosprawnej przysługuje jeden raz w roku.

Oświadczam, że posiadam nie krótsze niż 6 miesięcy stałe/tymczasowe* zameldowanie na terenie powiatu gostynińskiego.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych dla potrzeb i realizacji innych programów, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz. 1271).

....
(miejscowość i data) *(czytelny podpis opiekuna)*

* niepotrzebne skreślić

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, że:

- administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gostyninie, adres: ul. Ozdowskiego 1a, 09-500 Gostynin;
- W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pan/Pani kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: sekretariat@pcprgostynin.eu lub listownie;
- administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, co wynika z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz aktów wykonawczych do w/w ustawy;
- dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, w sytuacji gdy wynika to bezpośrednio z przepisów prawa;
- administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
- Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:

  - dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz do przenoszenia swoich danych, a także - w przypadkach przewidzianych prawem;

  - prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych;

  - wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia. Prezesa Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

- W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, podanie przez Pana/Panią danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.
- Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.

Ponadto informujemy, iż w związku z przetwarzaniem Pana/Pani danych osobowych nie podlega Pan/Pani decyzjom, które się opierają wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, o czym stanowi art. 22 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej.

.....