

**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 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 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)

.....
(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**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> inne (jakie) |
| <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
- TAK - uzasadnienie
-
-
-
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

**Informacje uzupełniające do wniosku
PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby
ubezważnionej), 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*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

.....

z dn. repet. nr

.....
data

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

* niepotrzebne skreślić

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH

- Administrator danych osobowych:** Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kamieniu Pomorskim**, ul. Wolińska 7B, 72-400 Kamień Pomorski. Kontakt jest możliwy za pomocą telefonu: 91 382 33 86; adresu e-mail: sekretariat@pcprkamienpomorski.pl
- Inspektor Ochrony Danych:** Inspektorem Ochrony Danych jest Bartosz Kaniuk, z którym w sprawach dotyczących przetwarzania swoich danych osobowych może się Pani/Pan kontaktować przez telefon: +48 608442652; adres e-mail: bkaniuk@proinspektor.pl lub pisemnie na adres PCPR.
- Cel i podstawa przetwarzania:** Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą odpowiednio na podstawie:
- wypełniania obowiązku prawnego w związku z realizowaniem zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kamieniu Pomorskim,
 - wykonywania zadania realizowanego w interesie publicznym, lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi,
 - wyrażonej zgody na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym, lub większej liczbie określonych celów,
 - umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy.
- Odbiorcy danych:** Odbiorcami do których mogą być przekazane Pani/Pana dane osobowe będą strony i uczestnicy postępowań, lub organy właściwe do załatwienia sprawy na mocy przepisów prawa.
- Odrębną kategorią odbiorców, którym mogą być ujawnione Pani/Pana dane są podmioty, które przetwarzają dane osobowe w imieniu i na zlecenie Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
- Okres przechowywania danych:** Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wyżej wskazanego celu przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.

Prawa osób, których dane dotyczą:

Przysługuje Pani/Panu prawo do:

- a) dostępu do treści danych oraz ich sprostowania,
- b) usunięcia danych, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa, lub w ramach sprawowania władzy publicznej,
- c) ograniczenia przetwarzania danych lub wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania,
- d) cofnięcia zgody, w przypadku, w którym przetwarzanie Pani/Pana danych odbywa się na podstawie udzielonej zgody,
- e) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa.

Obowiązek podania danych:

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest:

- a) obowiązkowe, jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie przepisów prawa;
- b) dobrowolne, jeżeli odbywa się na podstawie Pani/Pana zgody lub ma na celu zawarcie umowy.

Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości realizacji czynności urzędowych lub nie zawarcie umowy.

.....
(data i podpis wnioskodawcy)