**Nr sprawy:…………………………….**

**WNIOSEK**

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

**Część A – DANE WNIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Nr telefonu / adres e-mail:** |  |
|  | **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Miejscowość:** |  |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu / nr lokalu:** |  |
| **Kod pocztowy i poczta:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE** **PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (w przypadku dzieci oraz dorosłych nieposiadających zdolności do czynności prawnych)** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **PESEL:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Nr telefonu / adres e-mail:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | |
| **Nazwa pola** | **Wartość** |
| **Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:** | * **tak** * **nie** |
| **Stopień niepełnosprawności:** | * **Znaczny** * **Umiarkowany** * **Lekki** * **Nie dotyczy** |
| **Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:** | * **na stałe** * **okresowo – do dnia: ……………………………..** |
| **Grupa inwalidzka:** | * **I grupa** * **II grupa** * **III grupa** * **nie dotyczy** |
| **Niezdolność:** | * **Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji** * **Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny** * **Osoby całkowicie niezdolne do pracy** * **Osoby częściowo niezdolne do pracy** * **Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym** * **Nie dotyczy** |

**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

**JESTEM OSOBĄ W WIEKU 16-24 LAT UCZĄCA SIĘ I NIEPRACUJĄCĄ:**

□ Tak

□ Nie

**DANE DOTYCZĄCE OPIEKUNA (JEŚLI DOTYCZY)**

Imię i nazwisko opiekuna ………………………………………………………………………

## ŚREDNI DOCHÓD

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym …………………………………………..

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód netto, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił ……………………………………………………………… zł

1. Oświadczam, że nie będę pełnić funkcji członka na niniejszym turnusie, jak i nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.

2. W przypadku rezygnacji z dofinansowania zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić o niniejszym fakcie Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ustrzykach Dolnych.

3. Oświadczenie składam świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art.233 § 1 k.k)

4. Oświadczam ze zapoznałem/am się z treścią Klauzuli RODO.

**Klauzula RODO**

Na podstawie art. 13 RODO Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ustrzykach Dolnych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Ustrzykach Dolnych, z siedzibą w Ustrzykach Dolnych, ul. Bełska 22, 38-700 Ustrzyki Dolne, tel. 13 471 25 30, e-mail: pcpr@bieszczadzki.pl.

2. W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Ustrzykach Dolnych został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych Osobowych, z którym można się skontaktować listownie na adres: Inspektor Ochrony Danych Osobowych ul. Bełska 22, 38-700 Ustrzyki dolne; telefon kontaktowy: 13 471 25 32, e-mail: rsroka@bieszczadzki.pl.

3. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

4. Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

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

6. Przysługuje Państwu: prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii, prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych, prawo do usunięcia danych osobowych, prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

7. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

8. Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

**Zał**ą**czniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia, o którym mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób,

2. Zaświadczenie o kontynuowaniu nauki – w przypadku uczących się osób niepełnosprawnych w wieku 16-24 lat.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość* | *Data* | *Podpis Wnioskodawcy* |
|  |  |  |

**Kwestionariusz dotyczący sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym i jej potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych**

**I. Dane osobowe:**

Imię i nazwisko .........................................................................................................................................

PESEL ......................................................................................................................................................

Adres zamieszkania[[1]](#footnote-1)\* .................................................................................................................................

**II. Sytuacja rodzinna:**

1) Osoba zamieszkująca:

- samotnie,

- z rodziną\*\*

2) W przypadku, gdy osoba zamieszkuje samotnie, czy istnieje możliwość zapewnienia pomocy lub opieki ze strony najbliższej rodziny lub innych osób\*\* :

- tak,

- nie\*\*

**III. Wykonywanie czynności w zakresie samoobsługi i prowadzenia gospodarstwa domowego:**

1) Utrzymanie higieny osobistej (mycie) - samodzielnie, z pomocą, niezdolny/a \*\*

2) Ubieranie i rozbieranie - samodzielnie, z pomocą, niezdolny/a \*\*

3) Spożywanie posiłków - samodzielnie, z pomocą, niezdolny/a \*\*

4) Sprzątanie - samodzielnie, z pomocą, niezdolny/a \*\*

5) Przygotowywanie posiłków - samodzielnie, z pomocą, niezdolny/a \*\*

6) Robienie zakupów - samodzielnie, z pomocą, niezdolny/a \*\*

**IV. Zakres poruszania się:**

1) Poruszanie się w miejscu zamieszkania - tak, nie, z pomocą \*\*

2) Poruszanie się poza miejscem zamieszkania – tak, nie, z pomocą \*\*

3) Korzystanie z publicznych środków transportu - tak, nie, z pomocą \*\*

**V. Zakres komunikowania się z otoczeniem:**

1) Zdolność do samodzielnej komunikacji - tak, nie \*\*

2) Zdolność do porozumiewania się za pomocą komunikatorów internetowych, mediów społecznościowych itp. – tak, nie \*\*.

**VI. Zakres uczestniczenia w życiu społecznym i pełnienie ról społecznych:**

1) Spotykanie się z osobami z otoczenia - tak, nie, ograniczone \*\*

2) Załatwianie spraw urzędowych – samodzielnie, z pomocą, niezdolny/a\*\*

3) Pójście na wizytę lekarską – samodzielnie, z pomocą, niezdolny/a \*\*

............................................

**Data**

………..…………………………………………

**czytelny podpis osoby niepełnosprawnej lub opiekuna osoby niepełnosprawnej**

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego

**Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny**

Imię i nazwisko ................................................................................................................

PESEL...............................................................................................................................

Adres .................................................................................................................................

**Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\***

dysfunkcja narządu ruchu

 osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

 dysfunkcja narządu wzroku

 choroba psychiczna

schorzenia układu krążenia

 dysfunkcja narządu słuchu

 upośledzenie umysłowe

 padaczka

 inne (jakie?) .........................................................................................................................................

.........................................................................................................................................

**Konieczność pobytu opiekuna na turnusie\***

 Nie

 Tak - uzasadnienie ...........................................................................................................................................

...........................................................................................................................................

**Uzasadnienie wniosku**

......................................................................................................................................................................................................................................................................................

........................... .........................................

(data) (pieczątka i podpis lekarza)

\* Właściwe zaznaczyć.

1. **\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu,**

   **\*\* właściwe podkreślić**

   [↑](#footnote-ref-1)