

Nr sprawy:.....



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

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:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> na stałe <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> 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 NIEPRACUJĄCA:

- 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 pełnił 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 że 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. Belska 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. Belska 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.

Załączniki 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*

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**

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu,

** właściwe podkreślić

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)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* Właściwe zaznaczyć.