

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*)

Informacje uzupełniające do wniosku
DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu:

Adres e-mail:

.....
(data)

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić

Załączniki do wniosku:

1. wniosek lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna o skierowanie na turnus rehabilitacyjny;
2. kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność;
3. oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodu netto w rodzinie;
4. wymagane oświadczenia;
5. informacja o zasadach przetwarzania danych osobowych.

Ważne: jednostka udzielająca wsparcia może zobowiązać stronę do przedłożenia dodatkowej dokumentacji do wniosku potwierdzającej stan faktyczny.

Informacja dodatkowa – dokumenty dołączasz do wniosku w formie:

1. skanu – w przypadku składania wniosku drogą elektroniczną w systemie SOW (System Obsługi Wsparcia finansowanego ze środków PFRON),
2. kopii – w przypadku składania wniosku tradycyjnie, z wyjątkiem dokumentów wymaganych w oryginale.

WNIOSEK LEKARSKI O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania (miejsce pobytu*).....

PESEL.....

1. Niepełnosprawność dotyczy (zaznaczyć właściwe i opisać,

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> epilepsja | <input type="checkbox"/> narząd wzroku |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> narząd słuchu |
| <input type="checkbox"/> choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> narząd ruchu |
| <input type="checkbox"/> inne (Jakie?) | <input type="checkbox"/> układ krążenia |

zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne **

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

Konieczność opieki osoby drugiej na turnusie rehabilitacyjnym **

- NIE**
 TAK – uzasadnienie

Uzasadnienie wniosku

.....
pieczęć i podpis lekarza

* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

** właściwie zakreślić

Załącznik do wniosku o dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego

.....
.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

.....
.....
miejsowość i data

.....
PESEL

.....
.....
dokładny adres zamieszkania
.....
.....

OŚWIADCZENIE

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawidłowych danych (art. 233 Kodeksu Karnego) oświadczam, iż w przypadku otrzymania dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego, nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie, ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.

.....
.....
czytelny podpis

.....
.....
wypełnić jeżeli występuje konieczność opieki osoby drugiej

.....
.....
imię i nazwisko opiekuna

.....
.....
miejsowość i data

.....
PESEL

.....
.....
dokładny adres zamieszkania
.....
.....

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 Kodeksu Karnego) oświadczam, że na turnusie rehabilitacyjnym podejmę się opieki nad:

.....
.....
imię i nazwisko osoby nad którą będzie sprawowana opieka

Jednocześnie oświadczam, że:

- na tym turnusie nie będę pełnił(a) funkcji członka kadry,
- nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.

.....
.....
czytelny podpis opiekuna

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu orzeczniczego zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 2016/679z dnia 27 kwietnia 2018 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 (tzw. RODO).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci nr telefonu i/lub adresu e-mail wpisanego we wniosku w celu przekazania informacji dotyczącej postępowania

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem

.....
.....
miejsowość, data podpis

Informacja o zasadach przetwarzania danych osobowych - Dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kędzierzynie-Koźlu z siedzibą przy ul. Skarbowej 4, 47-200 Kędzierzyn-Koźle, e-mail sekretariat@pcprkkozle.pl, nr. tel. (77) 483 33 23 (dalej: **Administrator**)
2. W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych może się Pan/Pani kontaktować również z wyznaczonym przez Administratora inspektorem ochrony danych:
 - a) pod adresem e-mail: inspektor@kancelaria-odo.pl
 - b) listownie: Inspektor ochrony danych, na adres siedziby Administratora
3. Pani/Pana dane przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym,
4. Pani/Pana dane osobowe w zakresie wynikającym z przepisu prawa przetwarzane będą w oparciu o art.6 ust. 1 lit c i lit e. RODO – w związku z art. 35a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, oraz Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych. Natomiast w pozostałym zakresie tj. danych do kontaktu, dane przetwarzane będą w oparciu o Pani/Pana zgodę - art. 6 ust. 1 lit. a RODO
5. Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych, oraz nie będą stanowiły podstawy do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym opartego na profilowaniu.
6. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane:
 - a) podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa,
 - b) podmiotom nadzorującym i kontrolującym działalność Administratora, jak również podmiotom świadczącym usługi na rzecz Administratora w oparciu o zawarte umowy powierzenia przetwarzania danych, w tym: podmiotom realizującym zadania z zakresu obsługi technicznej i serwisowej IT, kancelarii prawnej, podmiotom świadczącym usługi hostingowe, jak też operatorom pocztowym w zakresie niezbędnym do doręczenia korespondencji
 - c) do PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
7. Pani/Pana dane będą przechowywane przez okres niezbędny do rozpatrzenia wniosku i udokumentowania zakończenia czynności w sprawie, tj. na podstawie przepisów prawa o archiwizacji dokumentów oraz, zgodnie z obowiązującą u Administratora instrukcją kancelaryjną.
8. W zakresie w jakim dane przetwarzane są w oparciu o zgodę posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem
9. Przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - a) dostępu do treści swoich danych i otrzymania ich kopii,
 - b) sprostowania danych,
 - c) usunięcia danych,
 - d) ograniczenia przetwarzania danych,
 - e) prawo do przenoszenia danych,
 - f) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku kiedy uzna Pani/Pan że dane przetwarzane są niezgodnie z prawem (na adres Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa)
10. Podanie przez Panią/Pana danych w zakresie wynikającym z przepisu prawa jest warunkiem koniecznym do ubiegania się o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, natomiast przekazanie przez Panią/Pana danych w oparciu o zgodę jest dobrowolne i nie ma wpływu na rozpatrzenie wniosku, ale może utrudnić kontakt z Panią/Panem w sprawie rozpatrzenia wniosku.

.....
data, imię i nazwisko

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem (am) stroną umowy dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że **wyrażam zgodę** na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kędzierzynie-Koźlu, oraz udostępnienie danych do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w celu zrealizowania wniosku dotyczącego uzyskania dofinansowania ze środków PFRON. Jednocześnie potwierdzam zapoznanie się z informacją o zasadach przetwarzania danych, w związku z ubieganiem się o dofinansowanie.

.....
data, imię i nazwisko