



PCPR BRZĘZINY

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE 95-060 BRZĘZINY, UL. KONSTYTUCJI 3 MAJA 3/5,
(46) 874-21-61 www.pcpr-brzeziny.pl pcpr.brzeziny@poczta.fm

WNIOSEK

O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM W 2022 ROKU

NUMER SPRAWY

RIS.700.

.2022

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości Data urodzenia

Adres zamieszkania

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym tel.

POSIADANE ORZECZENIE *

- | | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| o stopniu niepełnosprawności | ☐ znacznym | ☐ umiarkowanym | ☐ lekkim |
| o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów | ☐ I | ☐ II | ☐ III |
| o niezdolności do pracy | | ☐ całkowitej | ☐ częściowej |
| o niezdolności do samodzielnej egzystencji | ☐ | | |
| 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 świadomy/ma odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* Właściwe zaznaczyć X.



DO WNIOSKU DOŁĄCZAM:

1. Kopię orzeczenia o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności lub kopię wypisu z treści orzeczenia traktowanego na równi z tym orzeczeniem.
2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. Nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
2. Będę uczestniczył/ła w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybiorę.
3. Nie będę pełnił/ła funkcji członka kadry na turnusie, ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.
4. W przypadku turnusu, którego program przewiduje także zabiegi fizjoterapeutyczne, przedstawię podczas pierwszego badania lekarskiego na turnusie zaświadczenie lekarskie o aktualnym stanie zdrowia, w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach,
5. Opiekun na turnusie:
 - nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
 - nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
 - ukończył 18 lat lub
 - ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej

KLAUZULA INFORMACYJNA

W związku z obowiązkiem stosowania od dnia 25 maja 2018 r. 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, dalej: RODO) informujemy, iż na podstawie art. 13 RODO od dnia 25 maja 2018 r. będą Pani/Panu przysługiwały określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie:

1. Administrator danych osobowych

Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie reprezentowane przez Dyrektora, adres: Brzeziny, ul. Konstytucji 3 Maja 3/5, e-mail: pcpr.brzeziny@poczta.fm.

2. Inspektor Ochrony Danych.

Może Pani/Pan kontaktować się z wyznaczonym przez nas Inspektorem Ochrony Danych Osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej adres e-mail: iodo@spotcase.pl z dopiskiem „PCPR Brzeziny” lub pisemnie na adres administratora.

3. Podstawy prawne, cel przetwarzania.

- Podstawy prawne przetwarzania Pani/Pana danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. c RODO - przetwarzanie w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO - przetwarzanie w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw w dziedzinie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej, w związku z rozpatrzeniem wniosku o dofinansowanie ze środków



Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, art.6 ust.1 lit. f RODO - ewentualnego ustalenia, dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami, a także w celach dowodowych, w ramach sprawowania wymiaru sprawiedliwości przez sądy, będących realizacją prawnie uzasadnionego interesu Administratora. W przypadku danych, których obowiązek podania nie wynika z przepisu prawa, Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są na podstawie zgody - w celu wynikającym z treści wniosku/w celu ułatwienia kontaktu. W każdej chwili przysługuje Pani/Panu prawo do wycofania zgody na przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

4. Odbiorcy danych.

Odbiorcą danych osobowych mogą być organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa, podmioty, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające).

5. Przekazywanie danych osobowych poza EOG.

Administrator nie przekazuje danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy.

6. Okres przechowywania danych osobowych.

Pani/Pana dane przechowywane będą do czasu realizacji celów przetwarzania oraz zgodnie Powszechnie obowiązujące przepisy prawa, w tym zgodnie z terminami archiwizacji określonymi przez ustawy kompetencyjne i ustawę z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach, w tym Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.

7. Prawa osób, których dane dotyczą.

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.

Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do PUODO (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa),

8. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych.

Podanie przez Pana/Panią danych osobowych gromadzonych w dokumentacji jest wymogiem ustawowym. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą.

9. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych administratorowi ma charakter dobrowolny. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

DATA WYPEŁNIENIE WNIOSKU

PODPIS WNIOSKODAWCY

--



PCPR BRZĘZINY

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE 95-060 BRZĘZINY, UL. KONSTYTUCJI 3 MAJA 3/5,
(46) 874-21-61 www.pcpr-brzeziny.pl pcpr.brzeziny@poczta.fm

DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),
opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości Data urodzenia

Adres zamieszkania tel.

Ustanowiony/a przedstawicielem* /opiekunem* /pełnomocnikiem*:

.....

Upoważniony/na do podpisu na podstawie:	Numer, z dnia