

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*
.....
Telefon kontaktowy:.....
Data urodzenia
Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE **

a) o stopniu niepełnosprawności ☐ znacznym ☐ umiarkowanym ☐ lekkim
Numer orzeczenia:

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 ☐ o niezdolności do samodzielnej
rolnym 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.

** Właściwie zaznaczyć.

*** Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

Wypełnia PCPR

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

**Informacje uzupełniające do
wniosku PRZEDSTAWICIEL
USTAWOWY**

**(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby
ubezważasnowolnionej), 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

.....
 (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**

- | | |
|---|--|
| ☐ dysfunkcja narządu ruchu | ☐ dysfunkcja narządu słuchu |
| ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | ☐ upośledzenie umysłowe |
| ☐ dysfunkcja narządu wzroku | ☐ padaczka |
| ☐ choroba psychiczna | |
| ☐ schorzenia układu krążenia | |
| ☐ inne (jakie?) | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

NIE

TAK – uzasadnienie.....

Uwagi:

.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

.....
 (data)

.....
 (pieczęć i podpis lekarza)

Klauzula informacyjna

Na podstawie art.13 ust.1 i ust.2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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 z dnia 27 kwietnia 2016r.(Dz. Urz. UE Nr 119).

informuję, że:

1. Administratorem Pana/i danych osobowych jest :
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Przemyślu, Plac Dominikański 3, 37-700 Przemyśl tel. 16 675 00 11, adres mailowy pcpr@powiat.przemysl.pl
2. **W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Przemyślu jest wyznaczony inspektor ochrony danych, z którym skontaktować się można :
adres mailowy : merit.inspektor.rod@gmail.com, lub tel. 502 575 101**
3. Pana/i dane osobowe przetwarzane są w celu :
rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych zgodnie z art. 35a ust. 1 pkt. 7 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudniania osób niepełnosprawnych
4. Dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
5. Pana/i dane osobowe będą przetwarzane przez okres :
10 pełnych lat kalendarzowych, liczonych od zakończenia sprawy zgodnie z kategorią archiwalną określającą czasookres przechowywania akt sprawy w archiwum zakładowym
6. Posiada Pan/i prawo do:
dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania.
7. Ma Pan/i prawo **wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie danych osobowych Pana/i dotyczących naruszałoby przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.**
8. Podanie danych osobowych jest :
nieodzownym wymogiem ustawowym ubiegania się o uzyskanie dofinansowania
9. Konsekwencją niepodania danych będzie : **pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.**

Zapoznałem/łam się z treścią niniejszej klauzuli informacyjnej.

Imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....
czytelny podpis

lub

imię i nazwisko rodzica, opiekuna prawnego, pełnomocnika

.....
czytelny podpis

**SYTUACJA SPOŁECZNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ I JEJ POTRZEBY
W ZAKRESIE ROZWIJANIA UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH**

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA (rodzic, opiekun prawny) – dane osoby niepełnosprawnej

1. Imię i nazwisko

PESEL.....

2. Opis sytuacji społecznej:

a) jestem uczniem/studentem..... nazwa szkoły/uczelni.....

b) sytuacja zawodowa.....

c) jak niepełnosprawność wpływa na sposób zaspokojenia codziennych potrzeb życiowych i społecznych.....

d) kontakty ze środowiskiem, innymi osobami

3. Potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych:

* właściwe zakreślić

a) wyrabianie zaradności osobistej, poprawa samoobsługi: tak nie*

b) nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych w tym kształtowanie umiejętności porozumiewania się z innymi, współdziałania w grupie: tak nie*

c) pobudzanie aktywności społecznej, przywracanie utraconych zdolności do pełnienia ról społecznych: tak nie*

d) wdrażanie do korzystania z dóbr kultury: tak nie*

e) realizacja i rozwijanie zainteresowań: tak nie*

f) rozbudzanie motywacji integracyjnych, wyjścia z izolacji: tak nie*

.....
data i podpis wnioskodawcy

WYPEŁNIA PCPR

Ocena uzasadniająca udział w turnusie rehabilitacyjnym: pozytywna, negatywna, uzasadnienie:*

* właściwe zakreślić

Przemyśl, dnia

.....
Podpis pracownika socjalnego

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie będę pełnić funkcji członka kadry na turnusie rehabilitacyjnym oraz, że opiekun (zaznaczyć właściwe):

- ☐ nie będzie pełnił funkcji członka kadry na turnusie rehabilitacyjnym,
☐ nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
☐ ukończył 18 lat, ☐ nie dotyczy,
☐ ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem mojej rodziny.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z procedurą rozpatrywania i realizacji wniosku o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.

Zobowiązuję się:

1. do złożenia w tut. PCPR informacji o wyborze turnusu rehabilitacyjnego najpóźniej na 21 dni przed terminem rozpoczęcia turnusu,
2. poinformowania organizatora turnusu rehabilitacyjnego o wysokości udzielonego dofinansowania ze środków PFRON,
3. polecenia organizatorowi turnusu rehabilitacyjnego przesłania do tut. PCPR oświadczenia organizatora turnusu rehabilitacyjnego najpóźniej na 14 dni przed terminem rozpoczęcia turnusu.

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku niedopełnienia wyżej wymienionych formalności pełny koszt turnusu rehabilitacyjnego pokryję z własnych środków.

(data)

(podpis)

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu:

PESEL albo numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:

Rodzaj turnusu:

Termin turnusu: od: do:

Dane organizatora turnusu:

Nazwa i adres z kodem pocztowym:

Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus:

Nazwa i adres z kodem pocztowym:

Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

.....
(pieczęć organizatora turnusu)

INFORMACJA O PRZEBIEGU TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia organizator turnusu)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu:

Adres zamieszkania:*

PESEL albo numer dokumentu tożsamości:

Miejsce turnusu (nazwa ośrodka i adres z kodem pocztowym):

Data rozpoczęcia i zakończenia turnusu:

Rodzaj turnusu (jaki?):

Udział uczestnika w zajęciach przewidzianych programem turnusu (krótki opis rodzaju i charakteru zajęć, w tym liczba godzin oraz uzyskane efekty):

.....
(data)

.....
(imię i nazwisko oraz podpis kierownika turnusu)

Przeprowadzono badanie lekarskie**

☐ tak ☐ nie

Zastosowano zabiegi fizjoterapeutyczne

☐ tak ☐ nie

jakie

Na turnusie obecny był opiekun osoby niepełnosprawnej***

☐ tak

☐ nie

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

9. Właściwie zaznaczyć i wypełnić tylko w przypadku turnusów, których program obejmował zajęcia fizjoterapeutyczne.

10. Opisać rolę opiekuna.

OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora i adres z kodem pocztowym:

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

Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusów:

.....

Potwierdzam możliwość uczestniczenia Pana/Pani:

.....

wraz z opiekunem*

w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?):

w terminie od do

w ośrodku (nazwa i adres z kodem pocztowym).....

.....
.....

Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków:

Całkowity koszt turnusu dla:

osoby niepełnosprawnej zł, słownie zł

.....

opiekuna osoby niepełnosprawnej* zł, słownie zł

.....

Zobowiązuję się, w terminie 21 dni od dnia zakończenia turnusu, przesłać do właściwego PCPR „Informację o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego”, sporządzoną odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania ze środków PFRON. W przypadku rezygnacji osoby niepełnosprawnej z uczestnictwa w turnusie przed jego rozpoczęciem lub stwierdzenia w wyniku kontroli rażących uchybień w zakresie realizacji turnusu zobowiązuję się do zwrotu 100 % środków, które przekazało PCPR na dofinansowanie uczestnictwa tej osoby i jej opiekuna, w terminie 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu – na rachunek bankowy PCPR.

Środki przyznane osobie niepełnosprawnej i jej opiekunowi* proszę przekazać na rachunek

bankowy:

.....

(data)

.....

(czytelny podpis organizatora)