

**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*

Nr Telefonu..... **adres e-mail******

Data urodzenia

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE **

- a) o stopniu niepełnosprawności znacznym umiarkowanym lekkim
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 rolnym o niezdolności do samodzielnej 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.***

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Załącznik – orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik.

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć.

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

**** Podanie adresu e-mail jest wymagane

Wypełnia Urząd Miasta Opole:

.....
(data wpływu wniosku do UM Opole)

.....
podpis pracownika)

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),

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/pełnomocnika¹

¹ niepotrzebne skreślić

lub gabinetu lekarskiego

**WNIOSEK LEKARZA
O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY**

Imię i nazwisko.....

PESEL albo nr dokumentu tożsamości.....

Adres* 45- Opole, ul.

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="radio"/> schorzenie układu krążenia |
| <input type="radio"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="radio"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="radio"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="radio"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="radio"/> choroba psychiczna | <input type="radio"/> padaczka |
| | <input type="radio"/> inne (jakie) |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**:

NIE

TAK

uzasadnienie.....
.....
.....
.....
.....

Uwagi:

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

Opole dnia.....

Pieczęć i podpis lekarza

*w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** właściwe zaznaczyć.

Opole, dn.

.....
Nazwisko i Imię

45-.....Opole, ul.....
Nr domu Nr lokalu

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

W oparciu o § 4 ust. 1 pkt 6 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 roku w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz.U. Nr 230, poz. 1694) oświadczam, że nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie rehabilitacyjnym oraz nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.

.....
Podpis Wnioskodawcy

Opole, dn.

.....
Nazwisko i Imię

45-.....Opole, ul.....
Nr domu Nr lokalu

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA WNIOSKODAWCY

W oparciu o § 4 ust. 2 pkt 2 lit. a i b rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 roku w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz.U. Nr 230, poz. 1694) oświadczam, iż nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie rehabilitacyjnym, nie jestem osobą niepełnosprawną, wymagającą opieki innej osoby.

.....
Podpis Opiekuna Wnioskodawcy

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 *

45-.....Opole, ul.

Tel.

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 ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

Klauzula RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

Okres, przez który dane będą przechowywane 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.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

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

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,

- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przystępuje 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.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.