Nr sprawy: PCPR.III.4030. .2024

Data wpływu wniosku do PCPR

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 dokutemu tożsamości.....

Adres zamieszkania*……

(ulica/nr domu/nr mieszkania/kod pocztowy/miejscowość)

Data urodzenia..... nr telefonu.....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym .....

POSIADANE ORZECZENIE:

(*we właściwym polu należy wstawić znak x – zgodnie z załączanym orzeczeniem)*

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.**

....

(data) *(czytelny podpis wnioskodawcy)*

* ***W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu***

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

……..

(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

I. Zostałem/am poinformowany/a, że:

1. Ze środków PFRON nie może być dofinansowane uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym finansowanym w części lub w całości na podstawie przepisów o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.
2. Nie ma możliwości uzyskania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do pobytu na turnusie, w którym wnioskodawca wziął udział przed otrzymaniem decyzji Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie o przyznaniu dofinansowania.

II. Oświadczam, że:

1) o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Nowej Soli,

2) zobowiązuję się bezzwłocznie zgłosić do PCPR informacje o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku,
3) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku nie gwarantuje uzyskania dofinansowania.

....
(data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

III. Dane personalne osoby składającej wniosek w imieniu osoby niepełnosprawnej:
(we właściwym polu należy wstawić znak x)

- ☐ **przedstawiciel ustawowy** (dla małoletniego Wnioskodawcy),
- ☐ **opiekun prawny** (dla osoby ubezwłasnowolnionej) – do wniosku należy dołączyć Postanowienie Sądu
- ☐ **lub pełnomocnik Wnioskodawcy** (na podstawie pisemnego pełnomocnictwa – załączonego do wniosku)

Imię i nazwisko.....

PESEL..... nr telefonu ……..……..

Kod pocztowy..... Miejscowość.....

Ulica ..... nr domu …….…..... nr lokalu …….....

IV. ZAŁĄCZNIKI do wniosku :

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub kopia wypisu z treści orzeczenia traktowanego na równi z tym orzeczeniem albo kopia orzeczenia o niepełnosprawności.
2. Wniosek lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna, o skierowanie na turnus rehabilitacyjny (druk w załączeniu).
3. Oryginał zaświadczenia o kontynuacji nauki (dotyczy osób niepełnosprawnych w wieku 16-24 lat uczących się i niepracujących).

V. KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. 119.1 z 04.05.2016) informuję, iż:
Administratorem danych osobowych jest Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Nowej Soli (67-100) przy ulicy Staszica 1A. Z administratorem można skontaktować się mailowo: ***pcpr@powiat-nowosolski.pl*** *lub pisemnie na adres siedziby administratora. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez e-mail:* ***inspektor@4consult.com.pl*** **.** *Dane przetwarzane są dla celów związanych z rozpatrzeniem wniosku o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.* *Dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych, którymi mogą być podmioty upoważnione na podstawie odpowiednich przepisów prawa. Szczegółowe informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych zamieszczone zostały w klauzuli informacyjnej wywieszonej na tablicy ogłoszeń lub na stronie internetowej:* ***www.pcprnowasol.pl*** *w zakładce „Informacja RODO”.*

.....
(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

☐ dysfunkcja narządu wzroku

☐ upośledzenie umysłowe

☐ choroba psychiczna

☐ padaczka

☐ schorzenia układu krążenia

☐ inne ***(jakie?)*** .....
…….

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

☐ **Nie**

☐ **Tak – uzasadnienie**.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Uwagi:
.....
.....
.....
.....

....
(data) *(pieczątka i podpis lekarza)*

*** W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu***
***** Właściwe zaznaczyć.***

Nowa Sól, …..-…..-20..….r.

OŚWIADCZENIE

(wypełnia wnioskodawca)

Ja niżej podpisany……,

zamieszkały…….....,
(ulica/nr domu/nr mieszkania/kod pocztowy/miejscowość)

oświadczam, że zgodnie z § 4 ust. 1, pkt 6 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. 2007 r. Nr 230, poz. 1694 z późn. zm.), **nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.**

……
(czytelny podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE

(wypełnia opiekun)

Ja niżej podpisany/a……,

zamieszkały/a…….....

(ulica/nr domu/nr mieszkania/kod pocztowy/miejscowość)

PESEL ……..

Data urodzenia ...……..

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej ……..…….....,

(imię i nazwisko uczestnika turnusu)

zobowiązuje się do sprawowania nad nią stałej opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego.

Ponadto oświadczam, że zgodnie z § 4 ust. 2, pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. 2007 r. Nr 230, poz. 1694 z późn. zm.)**:**

a) nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,

b) nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,

c) ukończyłem 18 lat lub ukończyłem 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej*.

……

(czytelny podpis opiekuna)