

**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*
.....
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 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.

** Właściwie zaznaczyć.

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

Oświadczam że zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

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

Przysługuje 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.

Wypełnia PCPR

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

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

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

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- ☐ NIE
- ☐ TAK – uzasadnienie
-
-
-
-

UWAGI

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć

Lista wymaganych załączników do wniosku – turnus rehabilitacyjny

1. Orzeczenie o niepełnosprawności.
2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus.
3. Zaświadczenie potwierdzające naukę - (dotyczy młodzieży uczącej się i niepracującej w wieku 16-24 lat).
4. Kopia pełnomocnictwa ustanowienia opiekuna prawnego/pełnomocnika postanowieniem Sądu lub poświadczonego przez notariusza.

Informacja:

Druk wniosku można pobrać w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie we Wrześni, ul. Wojska Polskiego 1, lub wydrukować ze strony internetowej www.pcprwrzesnia.pl.

Istnieje możliwość złożenia wniosku przez platformę on-line po założeniu konta w Systemie Obsługi Wsparcia (SOW) na platformie sow.pfron.org.pl.

W przypadku składania wniosku w wersji papierowej wypełniony wniosek wraz z załącznikami należy złożyć w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we Wrześni, natomiast składając wniosek przez SOW, wymagane załączniki należy zeskanować i wstawić do systemu.

Informacje dotyczące możliwości aplikowania o środki PFRON można znaleźć na stronie internetowej www.pfron.org.pl w zakładce: portal-sow.pfron.org.pl.

Osoba niepełnosprawna może ubiegać się o dofinansowanie ze środków Funduszu uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, jeżeli średni miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty:

- 50 % przeciętnego wynagrodzenia na członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym,
- 65 % przeciętnego wynagrodzenia, w przypadku osoby samotnej.

W przypadku przekroczenia kwot dochodu, kwotę dofinansowania pomniejsza się o kwotę, o którą ten dochód został przekroczony.

Wniosek niekompletny wymaga uzupełnienia w terminie 30 dni. Nieusunięcie braków w wyznaczonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

Rozpatrywanie wniosków następuje po otrzymaniu informacji z PFRON o wysokości środków na dany rok oraz po podziale tych środków na zadania przez Radę Powiatu Wrzesińskiego.

O przyznaniu lub o odmowie dofinansowania Wnioskodawca zostaje powiadomiony pisemnie.

PCPR nie zwraca kosztów turnusu rehabilitacyjnego, który odbędzie się przed przyznaniem dofinansowania. Konsekwencje zarezerwowania miejsca na turnusie przed uzyskaniem dofinansowania ponosi wyłącznie Wnioskodawca.

Realizacja wniosku rozpatrzonego pozytywnie obejmuje:

- a) dokonanie wyboru turnusu przez Wnioskodawcę (w terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania, nie później niż na 21 dni przed rozpoczęciem turnusu rehabilitacyjnego) oraz dostarczenie przez Wnioskodawcę do PCPR wypełnionej informacji o wyborze turnusu, nie później jednak niż na 21 dni przed dniem rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego,
- b) weryfikację dokonanego wyboru turnusu przez pracownika biura ds. osób niepełnosprawnych poprzez sprawdzenie: czy wybrany ośrodek i organizator posiadają odpowiedni wpis do rejestru ośrodków i organizatorów obejmujący okres trwania turnusu, czy ośrodek, w którym odbędzie się turnus jest uprawniony do przyjmowania osób niepełnosprawnych z określonymi w orzeczeniu lub we wniosku lekarskim dysfunkcjami lub schorzeniami,
- c) przesłanie przez Wnioskodawcę do organizatora turnusu informacji o przyznaniu dofinansowania ze środków PFRON,
- d) przekazanie przez PCPR przyznanego Wnioskodawcy dofinansowania na rachunek organizatora w terminie 7 dni od dnia otrzymania oświadczenia od organizatora, jednak nie później niż na 7 dni przed dniem rozpoczęcia tego turnusu,
- e) rozliczenie przekazanego dofinansowania na podstawie faktury oraz informacji o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego.

W przypadku wyczerpania się limitu środków na zadanie w danym roku kalendarzowym, wnioski rozpatrzone odmownie nie przechodzą do realizacji na rok następny.

Wszelkie zmiany we wniosku, jak i rezygnację należy zgłosić do PCPR w ciągu 14 dni.

W przypadku zgonu Wnioskodawcy po złożeniu wniosku, w trakcie realizacji bądź po jego rozpatrzeniu, a także po pozyskaniu informacji o zgonie Wnioskodawcy, przyznane dofinansowanie nie zostanie wypłacone.