

Numer sprawy.....

**Wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnosprawnej 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

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

Wypełnia PCPR

.....
Data wpływu wniosku do PCPR

.....
Pieczęć PCPR i podpis pracownika

**Informacje uzupełniająca do wniosku
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 potwierdzającego przez Notariusza*:

.....

z dn. repet. nr

.....

data

.....

podpis
przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*
pełnomocnika*

KLAUZULA INFORMACYJNA
dotycząca udzielania dofinansowania ze środków PFRON do uczestnictwa w turnusie
rehabilitacyjnym

Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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.Urz. UE L 119, s. 1) – dalej RODO - informujemy, że:

- I. **Administratorami danych osobowych** są:
 - Kierownik Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Siedlcach, adres: ul. J. Piłsudskiego 40, 08-110 Siedlce, adres e-mail: pcpr@pcpsiedlce.pl, tel./fax 25 644 81 72,
 - Starosta Siedlecki, adres: ul. J. Piłsudskiego 40, 08-110 Siedlce, adres e-mail: starostwo@powiatsiedlecki.pl, tel. 25 644 72 16.
- II. **Z Inspektorem Ochrony Danych** wyznaczonym do kontaktów z osobami, których dane dotyczą w sprawach związanych z przetwarzaniem ich danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących im na mocy rozporządzenia 2016/679, można skontaktować się pisząc na adres e-mail: iod@pcpsiedlce.pl w zakresie danych przetwarzanych przez PCPR w Siedlcach oraz na adres iod@powiatsiedlecki.pl – w zakresie danych przetwarzanych przez Starostę Siedleckiego lub na adres siedziby wskazany w pkt. I.
- III. **Cele i podstawy przetwarzania**

Dane osobowe będą zbierane i przetwarzane w celu wnioskowania o udzielenie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i innych przepisów wykonawczych właściwych do zakresu wnioskowanego dofinansowania. Dane osobowe będą zbierane i przetwarzane w wersji papierowej oraz w Systemie Obsługi Wsparcia finansowanego ze środków PFRON (system SOW), a następnie w celach archiwalnych (ustawa z dnia 14 lipca 1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach). (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. c RODO)
- IV. **Odbiorcy danych**

Odbiorcami danych osobowych będą podmioty współpracujące z mocy prawa w zakresie realizacji wniosku o przyznanie dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON. Dane osobowe mogą zostać ujawnione podmiotom przetwarzającym dane osobowe w imieniu Administratora wspomagającym funkcjonowanie systemów informatycznych.
- V. **Okres przechowywania danych**

Dane osobowe wskazane w pkt. III będą przechowywane zgodnie z obowiązującą w PCPR w Siedlcach Instrukcją kancelaryjną oraz przepisami o archiwizacji dokumentów.
- VI. **Prawa osób, których dane dotyczą:**

Zgodnie z RODO, przysługuje:

 - a. prawo dostępu do swoich danych osobowych;
 - b. prawo do sprostowania swoich danych;
 - c. prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
 - d. prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych - gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

Nie przysługuje Pani/Panu:

 - a. prawo do przenoszenia danych osobowych, o którym mowa w art. 20 RODO;
 - b. prawo do usunięcia przetwarzanych danych osobowych;
 - c. na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c.
- VII. **Informacja o wymogu dobrowolności podania danych**

Podanie danych zawartych we wniosku jest wymogiem ustawowym. Osoba, której dane dotyczą jest zobowiązana do ich podania. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku.
- VIII. **Zautomatyzowane podejmowanie decyzji**

Pani/Pana dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4.

Zapoznałem / zapoznałam się

.....
data i czytelny podpis

Siedlce, dn.

.....
imię i nazwisko

ZGODA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie numeru telefonu:..... przez Administratora – Kierownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Siedlcach, adres: ul. Piłsudskiego 40, 08-110 Siedlce celem kontaktowania się w związku ze złożonym wnioskiem.

Zostałem/am poinformowany/a o możliwości wycofania zgody na przetwarzanie w/w numeru telefonu w dowolnym momencie, poprzez przesłanie oświadczenia o wycofaniu zgody na adres PCPR w Siedlcach lub na adres e-mail: pcpr@pcprsiedlce.pl i mam świadomość, że wycofanie zgody nie wpłynie na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....
czytelny podpis

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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.Urz. UE L 119, s. 1) – dalej RODO - informujemy, że:

- IX. Administratorem danych osobowych** w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Siedlcach jest kierownik PCPR w Siedlcach, adres: ul. J. Piłsudskiego 40, 08-110 Siedlce, adres e-mail: pcpr@pcprsiedlce.pl tel./fax 25 644 81 72.
- X. Z Inspektorem Ochrony Danych** wyznaczonym do kontaktów z osobami, których dane dotyczą w sprawach związanych z przetwarzaniem ich danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących im na mocy rozporządzenia 2016/679 można skontaktować się pisząc na adres e-mail: iod@pcprsiedlce.pl, iod@powiatsiedlecki.pl
- XI. Cele i podstawy przetwarzania**
Dane osobowe podane w powyższym formularzu będą przetwarzane w celu telefonicznego kontaktowania się w związku ze złożonym wnioskiem w wersji papierowej oraz w Systemie Obsługi Wsparcia o udzielenie dofinansowania ze środków PFRON (system SOW) na podstawie ustawy z dnia 27.08.1997r. „o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych”.
- XII. Odbiorcy danych**
Odbiorcami danych osobowych będą podmioty współpracujące z mocy prawa w zakresie realizacji wniosku o przyznanie dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON. Dane osobowe mogą zostać ujawnione podmiotom przetwarzającym dane osobowe w imieniu Administratora wspomagającym funkcjonowanie systemów informatycznych.
- XIII. Okres przechowywania danych**
Dane osobowe przetwarzane w celu wskazanym w pkt. III będą przechowywane do czasu cofnięcia zgody.
- XIV. Prawa osób, których dane dotyczą:**
Zgodnie z RODO, przysługuje Pani/Panu:
- prawo dostępu do swoich danych osobowych;
 - prawo do sprostowania (poprawiania) danych;
 - prawo do usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych;
 - do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych – gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.
- XV. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych**
Podanie danych jest dobrowolne. Konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości telefonicznego kontaktowania się w związku ze złożonym wnioskiem.
- XVI. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji**
Pani/Pana dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4.

Zapoznałem / zapoznałam się

.....

data i czytelny podpis

.....
*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:**

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie **

- Nie
- Tak – uzasadnienie
-
-
-
-

Uwagi:.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć .