Data wpływu……..
Numer wniosku……..
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.
** Właściwe zaznaczyć.
*** Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

---

Wypełnia PCPR

....
Data wpływu wniosku do PCPR Pieczęć PCPR i podpis pracownika

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 internetowe 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 a 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.

INFORMACJE UZUPEŁANIAJĄCE DO WNIOSKU

Lp.	Nazwa pola
1.	**Jestem osobą w wieku 16-24 lat uczącą się i niepracującą:** ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy
2.	**Dane kontaktowe:**
	Nr telefonu:
	Adres e-mail:
	Adres do korespondencji (jeśli inny niż zamieszkania):

..... (data)

..... (czytelny podpis wnioskodawcy)

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU (wypełnia Realizator)

Lp.	Załącznik	Tak	Brak
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności		
2.	Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny na druku stanowiącym załącznik do niniejszego wniosku		
3.	W przypadku osób w wieku 16-24 lat uczących się i niepracujących (**z wyjątkiem osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności**) zaświadczenie o pobieraniu nauki wystawione przez szkołę lub uczelnię		
4.	W przypadku osób w wieku 16-24 lat uczących się i niepracujących (**z wyjątkiem osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności**) oświadczenie o niewykonywaniu pracy		
5.	Oświadczenie (dotyczy wniosków składanych w I kwartale roku bieżącego)		
6.	Klauzula informacyjna		
7.	Pełnomocnictwo (jeśli dotyczy)		

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Załącznik	Data uzupełnienia

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*

*niepotrzebne skreślić

Klauzula informacyjna
dla Wnioskodawców ubiegających się o dofinansowanie ze środków PFRON

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:
- Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Siedlcach, adres: ul. J. Piłsudskiego 40, 08-110 Siedlce, adres e-mail: pcpr@pcprsiedlce.pl, tel. 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 RODO, można skontaktować się pisząc na adres e-mail: iod@pcprsiedlce.pl w zakresie danych przetwarzanych przez PCPR w Siedlcach oraz na adres iod@powiatsiedlecki.pl w zakresie danych przetwarzania przez Starostę Siedleckiego lub na adres siedziby wskazany w pkt. I.

I. **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 1997 r. 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 wprowadzane i rejestrowane w Systemie Obsługi Wsparcia „SOW" finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych „PFRON" dostępnego pod adresem https://sow.pfron.org.pl/. Pozostałe czynności prawne w systemie SOW realizowane są w oparciu o podstawy prawne wskazane przez PFRON w Regulaminie systemu SOW dostępnego pod adresem:
https://portal-sow.pfron.org.pl/opencms/export/sites/pfron-sow/sow/res/pliki/Regulamin_SOW.pdf
a następnie w celach archiwalnych (ustawa z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach). (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. c RODO)

II. **Odbiorcy danych**

Odbiorcami danych osobowych będą podmioty uprawnione do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa, m.in. PFRON, a także inne organy władzy publicznej. Dane osobowe mogą zostać ujawnione podmiotom wspierającym PCPR w wypełnianiu uprawnień i obowiązków oraz w świadczeniu usług, w tym zapewniających obsługę informatyczną, archiwizację i niszczenie dokumentów, usługi pocztowe, a także dostawców systemów informatycznych, udzielających asysty i wsparcia technicznego dla systemów informatycznych, w których przetwarzane są Państwa dane.

III. **Okres przechowywania danych**

Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt. 3 przez okres określony w Instrukcji kancelaryjnej i jednolitym rzeczowym wykazie akt oraz instrukcji archiwalnej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Siedlcach.

IV. **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.

V. **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.

VI. **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

Załącznik

.....
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 .

....
Imię i nazwisko Wnioskodawcy data

.....

.....
adres

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że zgodnie z art. 36 § 1 kpa zostałem/am poinformowany/a i przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek:

- nie zostanie rozpatrzony w terminie wskazanym w § 12 ust. 3a Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z powodu nieotrzymania środków finansowych przeznaczonych na realizacje zadań, o których mowa w art. 35a ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, a co za tym idzie nieuchwaleniu przez Radę Powiatu w Siedlcach planu zadaniowego i finansowego na realizację przez Powiat Siedlecki zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na rok bieżący;
- zostanie rozpatrzony w terminie 30 dni od dnia uchwalenia przez Radę Powiatu w Siedlcach planu zadaniowego i finansowego na realizację przez Powiat Siedlecki zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na rok bieżący.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o prawie wniesienia, na podstawie art. 37 § 1 kpa, ponaglenia do Samorządowego Kolegium Odwoławczego w Siedlcach, za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Siedlcach, w przypadku, gdy:

1. Nie załatwiono sprawy w terminie określonym w art. 35 lub przepisach szczegółowych, ani w terminie wskazanym w art. 36 § 1.
2. Postępowanie jest prowadzone dłużej niż jest to niezbędne do załatwienia sprawy.

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego/ pełnomocnika