

Nr sprawy:



Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie
w Koninie

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:

Adres zamieszkania:*

Data urodzenia:

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym:

Nr telefonu Adres e-mail.....

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)

WNIOSEK LEKARSKI NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres (miejsce pobytu*).....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**

epilepsja narząd wzroku układ krążenia

upośledzenia umysłowe narząd słuchu

choroby psychiczne narządu ruchu

inne

(jakie?).....

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne:**

oprotezowanie /zaaparowanie kończyn górnych (jednostronne , obustronne)

oprotezowanie / zaaparowanie kończyn dolnych (jednostronne , obustronne)

wózek inwalidzki kule łokciowe inne

(jakie?).....

Konieczność opieki osoby drugiej na turnusie rehabilitacyjnym**

Nie

Tak-

uzasadnienie.....

.....

.....

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania)

.....

.....

.....

Uzasadnienie wniosku

.....

.....

.....

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

** Właściwe zakreślić

Do wniosku należy załączyć:

1. Kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności
2. W przypadku osób między 18 a 24 rokiem życia dokument potwierdzający kontynuowanie nauki

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych PCPR dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą Dz.U. 2019 poz. 1781 z 30.08.2019 o ochronie danych osobowych.

.....
data i podpis osoby zainteresowanej

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci nr telefonu i/lub adresu e-mail wpisanego we wniosku w celu przekazania informacji dotyczącej postępowania

.....
data i podpis osoby zainteresowanej

Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego przez Radę Powiatu.

.....
Podpis osoby przyjmującej oświadczenie

.....
Data Podpis osoby składającej oświadczenie

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),
opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko:

PESEL :

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*
pełnomocnika*

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA OSÓB KORZYSTAJĄCYCH Z USŁUG POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W KONINIE

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 (RODO), przekazujemy następujące informacje:

1. Administrator danych osobowych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Koninie (PCPR) z siedzibą przy ul. Aleje 1 Maja 9, 62-510 Konin, tel. 63 243 03 06, e-mail: sekretariat@pcpr.konin.pl.

2. Inspektor Ochrony Danych

W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: inspektor.ochrony@pcpr.konin.pl lub telefonicznie: 63 243 03 06.

3. Cele i podstawy prawne przetwarzania danych

Podstawą prawną przetwarzania jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO. W przypadku danych przetwarzanych na podstawie zgody podstawą prawną jest art. 6 ust. 1 lit. a RODO.

Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z:

- o Dz.U. 2024 poz 44 ze zm. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
- o Dz.U. 2015 poz 926 w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- o wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie
- o realizacji zawartej umowy, której jest Pani/ Pan stroną
- o w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody, w zakresie i celu określonym w jej treści
- o ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

4. Okres przechowywania danych

Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji powyższych celów oraz zgodnie z przepisami dotyczącymi archiwizacji dokumentów obowiązującymi w PCPR w Koninie.

5. Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Pani/Panu prawo do:

- o dostępu do swoich danych osobowych,
- o sprostowania danych,
- o usunięcia danych lub ograniczenia ich przetwarzania,
- o przenoszenia danych (w przypadkach przewidzianych w RODO),
- o wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
- o cofnięcia zgody na przetwarzanie (dla danych przetwarzanych na podstawie zgody), bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania przed jej cofnięciem. Niektóre z tych praw mogą podlegać ograniczeniom wynikającym z przepisów prawa.

6. Prawo do skargi

W przypadku uznania, że przetwarzanie Pani/Pana danych narusza przepisy RODO, przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

7. Obowiązek podania danych

Podanie danych osobowych wymaganych przepisami prawa jest obowiązkowe. Niepodanie danych może skutkować brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku. Dane przetwarzane na podstawie zgody podawane są dobrowolnie.

8. Odbiorcy danych

Pani/Pana dane mogą zostać przekazane podmiotom współpracującym z PCPR na podstawie umów powierzenia przetwarzania danych oraz organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

9. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższą klauzulą informacyjną i jest ona dla mnie zrozumiała:

Data i podpis:

.....

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Informacja o stanie zdrowia

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres (miejsce pobytu*).....

Rozpoznanie choroby zasadniczej
.....
.....
.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje
.....
.....
.....

Uczulenia
.....
.....
.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne
.....
.....
.....

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych
.....
.....
.....

Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16 roku życia
.....
.....
.....

Szczepienia ochronne (daty) – dotyczy osób do 16 roku życia
.....
.....
.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

.....
* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

CZĘŚĆ I – INFORMACJA O TURNUSIE

(Wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

ZWROT DO PCPR W CIĄGU 30 DNI

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania.....

Rodzaj turnusu..... termin : oddo

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 powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników .

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

CZĘŚĆ II – OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU

(Wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora i adres (z kodem pocztowym).....

Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusów* **(Dołączyć kserokopię wpisu do rejestru)**

Potwierdzam możliwość uczestniczenia Pana/Pani.....

wraz z opiekunem**.....

w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?).....

w terminie od.....do.....

w ośrodka (nazwa i adres).....

Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków **(Dołączyć kserokopię wpisu do rejestru ośrodków)**

Całkowity koszt turnusu dla:

osoby niepełnosprawnej.....zł, słownie zł.....

opiekuna osoby niepełnosprawnej**.....zł, słownie zł.....

Zobowiązuję się, nie później niż do 21 dni po zakończeniu turnusu, przesłać do właściwego PCPR „Informację o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego”. Informacja ta będzie sporządzona odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania ze środków PFRON. W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w turnusie osoby niepełnosprawnej lub w przypadku stwierdzenia w wyniku kontroli rażących uchybień w zakresie realizacji turnusu zobowiązuję się do zwrotu 100% środków, które przekazało PCPR na dofinansowanie uczestnictwa tej osoby i jej opiekuna, w terminie do 7 dni od zakończenia tego turnusu – na konto PCPR.

Środki przyznane osobie niepełnosprawnej i jej opiekunowi* proszę przekazać na rachunek bankowy:

Nazwa banku.....oddział.....nr.....

Faktura określająca pełny koszt turnusu winna być wystawiona na osobę niepełnosprawną uczestniczącą w turnusie, a w przypadku dzieci na opiekuna prawnego (z podaniem w treści imienia i nazwiska oraz PESEL-u dziecka). Z treści faktury powinien wynikać podział na wpłatę własną uczestnika oraz wysokość dofinansowania realizowaną przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Koninie, Aleje 1 Maja 9. Oryginał faktury winien otrzymać uczestnik natomiast uwierzytelnioną kopię PCPR.

.....
(data)

.....
(pieczęć i czytelny podpis organizatora)

* Obowiązuje od dnia 1 stycznia 2004r.

** Niepotrzebne skreślić