

**POWIATOWE CENTRUM POMOCY
RODZINIE
W GRODZISKU WIELKOPOLSKIM
ul. Żwirki i Wigury 1
62-065 Grodzisk Wlkp.
tel. 061 44 52 509**

Data wpływu kompletnego wniosku
(wypełnia PCPR)

Numer kolejny wniosku
(wypełnia PCPR)

**WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB
NIEPEŁNOSPRAWNYCH
UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM**

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

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania z kodem pocztowym *	
Adres korespondencyjny	
Nr telefonu	
Data urodzenia	
PESEL albo numer dokumentu tożsamości	
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 turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON**

TAK (podać rok) NIE

Jestem zatrudniony(a) w zakładzie pracy chronionej** TAK NIE

Jestem uczniem/studentem** TAK NIE

Imię i nazwisko opiekuna:

(wypełnić jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

**Właściwe zaznaczyć krzyżykiem

OŚWIADCZENIE

Pouczony o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i art. 297 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 ze zmianami), za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy* oświadczam, że wszystkie dane podane we wniosku są zgodne z prawdą.

1. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:
.....
2. Suma przeciętnego miesięcznego dochodu netto wszystkich członków prowadzących wspólne gospodarstwo domowe wyliczone za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi:
.....
3. Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi:
.....
4. Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia*
5. Przyjmuję do wiadomości procedurę dotyczącą turnusów rehabilitacyjnych w bieżącym roku ustanowioną przez PCPR w Grodzisku Wlkp. i zobowiązuję się do ich przestrzegania.
6. Zgodnie z art. 7 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych dotyczących mojej osoby (mojego małoletniego dziecka) przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Grodzisku Wielkopolskim do celów związanych z realizacją zadania dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

*dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

.....
(Podpis osoby przyjmującej oświadczenia)

.....
(data)

.....
(podpis osoby składającej wniosek)

Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych to miesięczny dochód rodziny pomniejszony o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowych, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

INFORMACJE O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania

.....

Rodzaj turnusu

Numer telefonu.....

Termin turnusu : od do

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 świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

WNIOSK DOKŁADY WYŁĄCZENIE MIESZKANCÓW POWIATU GRODZISKIEGO

1. Wnioskodawca pobiera druk wniosku o dofinansowanie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym z PCPR w Grodzisku Wlkp. lub ze strony internetowej PCPR. Wnioskodawca wypełnia pierwszą i drugą stronę wniosku i składa podpisy. Lekarz rodzinny lub specjalista wypisuje załącznik nr 1 (strona 3 wniosku). **Konieczna pieczęć przychodni oraz pieczęć i podpis lekarza.**
2. Wnioskodawca składa w siedzibie PCPR w Grodzisku Wlkp. pierwszą, drugą i trzecią stronę wniosku o dofinansowanie do pobytu na turnusie rehabilitacyjnym, dołączając kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności wydanego przez wydaną przez: ZUS/ KRU lub MSWiA/ Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności (orzeczenie KRUS i MSWiA tylko jeśli zostało wydane do 31.12.1997 r.) Składając wniosek należy również **okazać oryginał dokumentu określającego niepełnosprawność oraz dowód osobisty.**
3. **Złożony wniosek zostanie rozpatrzony w terminie 30 dni przy uwzględnieniu procedury rozpatrywania wniosków przez PCPR, z zastrzeżeniem, iż wniosek będzie rozpatrzony, po otrzymaniu środków finansowych z PFRON i uchwaleniu planu finansowego na dany rok przez Radę Powiatu Grodziskiego.**
4. PCPR, po otrzymaniu z PFRON środków finansowych, rozpatruje wnioski, Zgodnie z § 6 ust. 1-4 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych, dotyczącym podziału środków PFRON (Dz.U. z 2007 Nr 230 poz. 1694). Przy rozpatrywaniu bierze się pod uwagę:
 - kryterium dochodowe,
 - stopień niepełnosprawności, (w pierwszej kolejności osobny niepełnosprawne, które posiadają orzeczenie o zaliczeniu do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, osoby niepełnosprawne w wieku do 16 lat albo w wieku do 24 lat uczące się i niepracujące bez względu na stopień niepełnosprawności),
 - rodzaj niepełnosprawności,
 - fakt korzystania z dofinansowania w latach ubiegłych.
5. **Wnioskodawca zobowiązany jest dokonać rezerwacji miejsca na turnusie rehabilitacyjnym dopiero po rozpatrzeniu wniosku przez PCPR i otrzymaniu listem poleconym lub osobistym odebraniu siedzibie PCPR „Informacji o przyznaniu dofinansowania”.** Czyni to za pośrednictwem organizatora, który posiada aktualne uprawnienie do organizowania turnusów rehabilitacyjnych. Dokonując wyboru turnusu należy poinformować organizatora o rodzaju posiadanych (i zaznaczonych przez lekarza we „Wniosku lekarza”) schorzeń, tak aby one zgodnie z wpisem organizatora i ośrodka do rejestru wojewody właściwego dla siedziby każdego z nich.

Konsekwencje zarezerwowaniu miejsca na turnusie przed uzyskaniem dofinansowania ponosi wyłącznie Wnioskodawca.

UWAGA!!! PCPR w Grodzisku Wlkp. nie zwraca kosztów turnusu rehabilitacyjnego, który odbył się przed przyznaniem dofinansowania!

6. W terminie **30 dni** od daty otrzymania „Informacji o przyznaniu dofinansowania”, **nie później jednak niż na 21 dni przed rozpoczęciem turnusu**, Wnioskodawca dokonuje rezerwacji miejsca na turnusie rehabilitacyjnym, wypełnia „Informację o wyborze turnusu” i dostarcza ją do siedziby PCPR przy ulicy Żwirki i Wigury 1 (Budynek Starostwa Powiatowego), pok. nr 1. Od dnia dostarczenia w/w informacji do dnia rozpoczęcia **turnusu nie powinno upłynąć mniej niż 21 dni.**
7. **Niedostarczenie dokumentu w podanym terminie będzie traktowane jako rezygnacja z dofinansowania.**
8. W przypadku nieskorzystania z przyznanego dofinansowania, Wnioskodawca zobowiązany jest niezwłocznie powiadomić na piśmie PCPR o rezygnacji.
9. W przypadku wyboru turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne, wnioskodawca zobowiązany jest do zabrania na turnus aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.

Informujemy, że wnioski o dofinansowanie do pobytu na turnusie rehabilitacyjnym przyjmowane będą w siedzibie PCPR w Grodzisku Wlkp., ul. Żwirki i Wigury 1 od początku roku.

Wnioski złożone w danym roku tracą ważność z dniem 31 grudnia bieżącego roku, co oznacza, że wnioski ubiegłoroczne nie będą obowiązywać w 2019 r.

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 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. Urz. UE L 119 z 4.05.2016), zwanego dalej **RODO informujemy, iż:**

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych (i/lub podopiecznego) jest Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Grodzisku Wlkp., z siedzibą w Grodzisku Wielkopolskim, ul. Żwirki i Wigury 1.

2) Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Grodzisku Wlkp., jest Pan Piotr Bartkowiak (e-mail: inspektor-rodo@pcprgw.pl)

3) Pani/Pana dane osobowe (i/lub podopiecznego) przetwarzane będą **do celów związanych z realizacją dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.**

na podstawie:

- Art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz. U. 2018, Poz. 511 ze zmianami),
- Art. 6. ust 1. Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (t.j. Dz.U. z 2015 poz. 926),
- art. 6 ust 1 pkt a-e ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

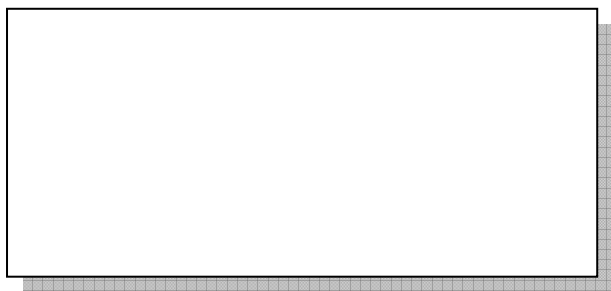
4) Pani/Pana dane osobowe (i/lub podopiecznego) będą przechowywane przez okres realizacji dofinansowania oraz przez okres niezbędny do zapewnienia kontroli przyznanego dofinansowania.

5) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych (i/lub podopiecznego) oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;

6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do GODO, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;

7) podanie przez Pana/Panią danych osobowych (i/lub podopiecznego), w tym danych wrażliwych, jest warunkiem koniecznym do rozpatrzenia wniosku/uzyskania dofinansowania/warunkiem zawarcia umowy. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych lub podanie niepełnych danych osobowych może skutkować pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia.

8) Przetwarzane Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.



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

