**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych 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) □ niepełnosprawności osoby do 16 roku życia Korzystałem(am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PRFON**

□ 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 nieprawidłowych danych.

Zobowiązuje 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)

## 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 potwierdzonego przez Notariusza*:*.....

.....

*z dn. ..... repet. nr. .....*

..... .....
data podpis
*przedstawiciela ustawowego**
*opiekuna prawnego**
*pełnomocnika**

**Informacje uzupełniające do wniosku**
DANEKONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu:.....

Adres e-mail: ….....

..... .....
data podpis

 niepotrzebne skreślić

*Załącznik nr 1 do formularza wniosku*

## Klauzula informacyjna RODO dot. przetwarzania danych osobowych na podstawie obowiązku prawnego ciążącego na administratorze

| | |
|---|---|
| **TOŻSAMOŚĆ ADMINISTARTORA** | Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (REGON: 531596875) reprezentowane przez Kierownika. Mogą się Państwo z nim kontaktować listownie: ul. Jana III Sobieskiego 5A, 48-100 Głubczyce oraz telefonicznie:774858773. |
| **DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH** | Pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania danych osobowych, a także przysługujących uprtawnień, może Pani/Pan kierować do Inspektora Ochrony Danych pisemnie na adres siedziby Administratora, jak również pod numerem telefonu:<br>887818800 lub poprzez e mail: biuro@centrumcyfryzacji.pl |
| **CELE PRZETWARZANIA I PODSTAWA PRAWNA**<br>Pani/ Pana dane osobowe przetywarzane są w celu związanym przeprowadzeniem wywiadu środowiskowego.<br>Pani/pana dane będą przetwarzane na podstawie: art. 6 ust.1 lit. C oraz f oraz danych wrażliwych art. 9 ast.2 lit.b,c,f,g oraz h Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwiatnia 2016r. W sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchyla dyrektywy 95/46/WE (RODO). | |
| **ODBIORCY DANYCH** | Pani/ Pana dane osobowe mogą być przekazane wyłącznie podmiotom, które uprawnione są do ich otrzymania przepisami prawa oraz podmiotom realizującym usługi w imieniu i na rzecz Administratora w zakresie niezbędnym dla prawidłowego funkcjonowania.<br>Pani/ Pana dane osobowe będą przetwarzane i przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych powyżej, a po tym czasie przez okres przewidziany w Instrukcji kancelaryjnej, stanowiącej załącznik nr 1 do Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej,jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizaji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. Nr 14 poz.67 oraz nr 27 poz. 140) |
| **OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH** | |
| **PRAWA PODMIOTÓW DANYCH** | Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych oraz prtawo ich sprostowania, usunięcia (jeśli zachodzi jedna z okoliczności wskazanych w art. 17 ust 1 RODO i jeżeli przetwarzanie danych osobowych nie jest niezbędne w zakresie wskazanym w art. 17 ust.3 RODO), ograniczenia przetwarzania (w przypadkach wskazanych w art. 18 ust.1 RODO), prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody (jeżeli przetwarzania odbywa się na podstawie zgody) w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Wszystkie wymienione prawa wymagają pisemnej formy. |
| **PRAWO WNIESIENIA SKRAGI DO ORGANU NADZORCZEGO** | PrzysługujePani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w państwie członkowskim Pani /Pana zwykłego pobytu, miejsca pracy lub miejsca popełnienia domniemanego naruszenia. Biuro Prezesa Urzęu Danych Osobowych (PUODO) Adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, Telefon: 225310300 |
| **ŹRÓDŁO POCHODZENIA DANYCH OSOBOWYCH** | Dane pochodzącą od osób których dane dotyczą i zostały udostępnione na podstawie wywiadu środowiskowego lub zostały zgromadzone na podstawie obowiązku ustawego. |
| **INFORMACJA O DOWOLNOŚCI LUB OBOWIĄZKU PODANIA DANYCH:**<br>Podanie przez Panią /Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłanką przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa. W przypadku niepodania przaz Panią/Pana swoich danych osobowych, Administrator nie będzie mógł zrealizować celu zadania ustawowego, co może skutkować konsekwencjami przewidzianymi przepisami prawa. | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| **Imię Wnioskodawcy** | **Nazwisko Wnioskodawcy** | **Data** | **Czytelny podpis wnioskodawcy** |

***Załącznik nr 1 do formularza wniosku***

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.

…….. ……..

**(data)** **(czytelny podpis)**

.....
pieczątka 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

☐ choroba psychiczna

☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

☐ padaczka

☐ dysfunkcja narządu słuchu

☐ schorzenia układu krążenia

☐ dysfunkcja narządu wzroku

☐ inne( jakie? ).....

☐ upośledzenie umysłowe

.....

**KONIECZNOŚĆ POBYTU OPIEKUNA NA TURNUSIE**

☐ NIE

☐ TAK – uzasadnienie .....

.....

.....

.....

.....

.....

**UWAGI:**

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
( pieczątka i podpis lekarza)

*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.