

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W MYŚLENICACH

DN – TR – 610 - ____/____

.....
DATA WPŁYWU

**WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON UCZESTNICTWA
W TURNUSIE REHABILITACYJNYM**

IMIĘ I NAZWISKO	ADRES ZAMIESZKANIA Z KODEM POCZTOWYM
NUMER DOWODU OSOBISTEGO	NUMER PESEL
DATA URODZENIA	WIEK: LAT
POSIADANE ORZECZENIE	NUMER TELEFONU KONTAKTOWEGO

Jestem osobą uczącą się	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Jestem zatrudniona/y w zakładzie pracy chronionej	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Korzystałem(am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON	
<input type="checkbox"/> TAK (podać rok)	<input type="checkbox"/> NIE
Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.....	
Imię i nazwisko opiekuna (o ile lekarza uznał konieczność pobytu opiekuna).....	

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH:

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wraz z wnioskodawcą	
Przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku	

(dochód netto za ostatni kwartał podzielony przez 3 miesiące i przez liczbę osób wspólnie gospodarujących)

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Zostałem/em poinformowana/y o szczegółowych procedurach realizacji wniosku dotyczącego dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego.

Zobowiązuje się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000)

DO WNIOSKU PROSZĘ DOSTARCZYĆ :

- 1. KOPIĘ AKTUALNEGO ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI BĄDŹ GRUPIE INWALIDZKIEJ**
- 2. DOWÓD OSOBISTY – do wglądu**
- 3. KOPIĘ INFORMACJI O STANIE ZDROWIA**
- 4. ORYGINAŁ WNIOSKU LEKARSKIEGO NA TURNUS REHABILITACYJNY**

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy/opiekuna
prawnego/przedstawiciela ustawowego

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O WYBORZE TURNUSU

(Wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby nieletniej w jej imieniu rodzic/opiekun prawny/przedstawiciel ustawowy)

IMIĘ I NAZWISKO	ADRES ZAMIESZKANIA
NUMER PESEL	NUMER DOWODU OSOBISTEGO

Dane organizatora turnusu:

NAZWA OŚRODKA	ADRES OŚRODKA Z KODEM POCZTOWYM
---------------	---------------------------------

Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus :

NAZWA OŚRODKA	ADRES OŚRODKA Z KODEM POCZTOWYM
---------------	---------------------------------

Termin turnusu :oddo

Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań, wynikającej z art.233 §1 KK „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę – podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”

Uprzedzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2, 3, ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (t. j. Dz. U. z 2018, poz. 1600) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

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 społecznych rolników.

.....
Data

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W MYŚLENICACH

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

**WNIOSEK LEKARSKI NA TURNUS REHABILITACYJNY
PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

IMIĘ I NAZWISKO	ADRES ZAMIESZKANIA Z KODEM POCZTOWYM
NUMER DOWODU OSOBISTEGO	NUMER PESEL
DATA URODZENIA	WIEK: LAT

Rodzaj schorzenia :

choroby psychiczne		choroby neurologiczne		upośledzenia umysłowe	
narząd wzroku		narząd słuchu		układ ruchu	
układ krążenia		układ oddechowy		Inne (jakie)	

Zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne:

oprotezowanie/zaopatrzenie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)*		oprotezowanie/zaopatrzenie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)*	
wózek inwalidzki		kule łokciowe	
inne (jakie).....			

Konieczność opieki osoby drugiej na turnusie rehabilitacyjnym:

NIE

TAK – uzasadnienie (w przypadku braku uzasadnienia wniosek na dofinansowanie opiekuna nie będzie rozpatrzony)

.....
.....
.....

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania):

.....
.....
.....

Uzasadnienie wniosku: (ze szczególnym wskazaniem potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych)

.....
.....

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

**INFORMACJA O STANIE ZDROWIA
PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

IMIĘ I NAZWISKO	ADRES ZAMIESZKANIA Z KODEM POCZTOWYM
NUMER DOWODU OSOBISTEGO	NUMER PESEL
DATA URODZENIA	WIEK: LAT

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:

.....
.....

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczęć i podpis lekarza

OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU

(wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora turnusu i adres (z kodem pocztowym) :

.....
.....
.....

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią „Standardów postępowania w zakresie organizowania turnusów rehabilitacyjnych przy udziale środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz kierowania osób niepełnosprawnych do uczestnictwa w tych turnusach” i zobowiązuje się do ich przestrzegania, pod rygorem zwrotu na konto PCPR 100% środków, które przekazał PCPR.

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, zobowiązuję się do zwrotu 100% środków, które przekazał PCPR na dofinansowanie uczestnictwa tej osoby i jej opiekuna, w terminie do 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu – na konto PCPR.

Potwierdzam możliwość uczestniczenia Pana/Pani
wraz z opiekunem*
w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?)

.....
w terminie od do
w ośrodku (nazwa i adres)

Całkowity koszt turnusu dla :

osoby niepełnosprawnej (zł)	opiekuna osoby niepełnosprawnej (zł)
słownie złotych:	słownie złotych:

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

Numer rachunku

Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków uprawnionych do organizowania turnusów rehabilitacyjnych lub przyjmowania grup turnusowych

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczęć i czytelny podpis organizatora

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W MYŚLENICACH

Pieczęć organizatora turnusu

INFORMACJA O PRZEBIEGU TURNUSU REHABILITACYJNEGO

IMIĘ I NAZWISKO	ADRES ZAMIESZKANIA Z KODEM POCZTOWYM
NUMER DOWODU OSOBISTEGO	NUMER PESEL
DATA URODZENIA	WIEK: LAT

Termin turnusu

Miejsce turnusu (*nazwa i adres ośrodka*)

Rodzaj turnusu*:

- 1) ogólnousprawniający z programem rekreacyjno-wypoczynkowym i kulturalnym
- 2) specjalistyczny z programem:
 - a) rekreacyjno-sportowym i sportowym (np. obóz żeglarski, spływ kajakowy) jaki?
 - b) szkoleniowym (np. nauka jazdy samochodem) jakim?
 - c) psychoterapeutycznym
 - d) rozwijającym zainteresowania i uzdolnienia (np. turnusy połączone z plenerami malarskimi, rzeźbiarskimi, innymi formami ekspresji artystycznej, itp.) jakim?
 - e) nauki niezależnego funkcjonowania z niepełnosprawnością (np. nauka umiejętności poruszania się w niedostosowanej zabudowie i przestrzeni, samoobsługi, samodzielnego wykonywania podstawowych prac domowych, itp. jakie?
- 3) inny (jaki?)

Udział uczestnika w zajęciach przewidzianych programem turnusu (*krótki opis rodzaju i charakter zajęć, w tym liczba godzin oraz osiągniętych efektów*):

.....
.....

Na turnusie był opiekun osoby niepełnosprawnej	
TAK	NIE

.....
Data

.....
Podpis kierownika turnusu

Przeprowadzono dwukrotnie (na początku i na końcu turnusu) badania lekarskie*	
TAK	NIE

Zastosowane zabiegi rehabilitacyjne	
TAK (jakie)	NIE

.....
Data

.....
Pieczęć i podpis lekarza

.....
Imię i nazwisko
.....

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Potwierdzam uzyskanie informacji:

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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, zwane dalej „RODO”), informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myślenicach, ul. Kazimierza Wielkiego 5, 32-400 Myślenice, zwane dalej „**Administratorem**”. Mogą Państwo skontaktować się z Administratorem pisząc na adres: Kazimierza Wielkiego 5, 32-400 Myślenice lub telefonując pod numer: 122749810. We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem Państwa danych osobowych mogą Państwo również skontaktować się z inspektorem ochrony danych, którym jest Iwona Cygan - Opyt, pisząc na adres: biuro@kancelariacygan.pl
2. Państwa dane przetwarzane są w celu możliwości wykonywania przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myślenicach ustawowych zadań, określonych m.in. w:
 - ustawie ustawy o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r.poz.1508 z późn. zm.),
 - ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r.poz.511 z późn. zm.),
 - ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 998 z późn. zm.),
 - ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U z 2015 poz.1390) oraz w innych regulacjach.
3. Państwa dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w zakresie związanym z realizacją powyższych celów. Nie udostępniamy Państwa danych innym odbiorcom oprócz podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa.
4. Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.
5. Państwa dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, tj. przez okres wyznaczony właściwym przepisami prawa, w tym w szczególności: ustawy z dnia 14.07.1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
6. Mają Państwo prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania, zaktualizowania, jak również mają Państwo prawo do ograniczenia przetwarzania danych.
7. Gdy uznają Państwo, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych przez Administratora narusza przepisy RODO przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Przekazanie nam Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym, dotyczy każdego z Państwa, wobec którego realizujemy cele opisane w punkcie 2.
9. W przypadku gdy przetwarzanie Państwa danych odbywa się na podstawie zgody na przetwarzanie, mają Państwo prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie swoich danych osobowych w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
10. W oparciu o Państwa dane osobowe Administrator *nie będzie* podejmował wobec Państwa zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania. Profilowanie oznacza dowolną formę zautomatyzowanego przetwarzania danych osobowych, które polega na wykorzystaniu danych osobowych do oceny niektórych czynników osobowych osoby fizycznej, w szczególności do analizy lub prognozy aspektów dotyczących pracy tej osoby fizycznej, jej sytuacji ekonomicznej, zdrowia, osobistych preferencji, zainteresowań, wiarygodności, zachowania, lokalizacji lub przemieszczania się.

.....
podpis oświadczającego (wnioskodawcy i / lub opiekuna)