

.....
DATA WPLYWU

WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL _____ Data urodzenia _____ - _____ - _____ Wiek _____ lat(a)

Numer telefonu do kontaktu

Posiadane orzeczenie

a/ o stopniu niepełnosprawności znacznym ; umiarkowanym ; lekkim

b/ o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów - I ; - II ; - III

c/ o całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji ; o częściowej niezdolności do pracy

o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym ; o całkowitej niezdolności do pracy

d/ o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych – osoby do 16 roku życia

Osoba ucząca się TAK - ; NIE – ; Osoba pracująca TAK – ; NIE –

Osoba pracująca w Zakładzie Pracy Chronionej TAK – ; NIE –

Osoba korzystała z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

NIE – ; TAK – – *proszę podać rok korzystania* _____ .

Imię i nazwisko opiekuna, adres zamieszkania:

.....PESEL.....

(o ile lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

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 wynosiłzł.

Osoba samotnie gospodarująca TAK ; NIE ; wraz z osobą zamieszkuje _____ osób

Osoba poruszająca się wózką inwalidzkim TAK – ; NIE –

Osoba niewidoma TAK – ; NIE –

Osoba z niepełnosprawnością intelektualną/posiadająca chorobę psychiczną TAK – ; NIE –

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

oświadczam, iż zostałem(łam) poinformowany(na) o szczegółowych procedurach realizacji wniosku dot. dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.

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

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

Do wniosku proszę dostarczyć:

1. Kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności bądź orzeczenia równoważnego
2. Do wglądu – dowód osobisty
3. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny – str. 6
4. Podpisaną klauzulę informacyjną (oświadczenie RODO) – str. 3
5. Podpisane oświadczenie – str. 4

data

czytelny podpis wnioskodawcy/opiekuna/przedstawiciela

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

Imię i nazwisko:

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:

.....

Numer telefonu:

Adres email:

Data urodzenia:

ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:

.....

postanowieniem Sądu:

.....

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
DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu:

Adres e-mail:

.....

(data)

.....

(podpis)

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 2020 r.poz.1876 z późn. zm.),
 - ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426 z późn. zm.),
 - ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 821),
 - ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U z 2020 poz. 218) 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.

data

czytelny podpis wnioskodawcy/opiekuna/przedstawiciela

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA TURNUSU REHABILITACYJNEGO

Oświadczam, że:

- zostałam/łem poinformowana/ny, iż czas trwania turnusu wynosi co najmniej 14 dni,
- w przypadku otrzymania dofinansowania uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, zobowiązuję się przestrzegać zaleceń lekarza oraz terapeutów i rehabilitantów podczas trwania turnusu,
- w przypadku otrzymania dofinansowania uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, zobowiązuję się stosować do regulaminu obowiązującego w ośrodku rehabilitacyjnym oraz do przestrzegania norm i zasad współżycia społecznego,
- w przypadku skrócenia uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe jestem zobowiązana/ny do zwrotu na rzecz PCPR w Myślenicach całości przyznanego dofinansowania uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym
- w przypadku gdy mój opiekun (o ile dotyczy) skróci pobyt na turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe, będzie on zobowiązany do zwrotu na rzecz PCPR w Myślenicach całości przyznanego dofinansowania uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

data

czytelny podpis wnioskodawcy/opiekuna/przedstawiciela

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Oświadczam, że:

- zostałam/łem poinformowana/ny, iż czas trwania turnusu wynosi co najmniej 14 dni,
- jako opiekun osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym, zobowiązuję się przestrzegać zaleceń lekarza oraz terapeutów i rehabilitantów podczas trwania turnusu,
- będąc opiekunem osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym, zobowiązuję się stosować do regulaminu obowiązującego w ośrodku rehabilitacyjnym oraz do przestrzegania norm i zasad współżycia społecznego,
- w przypadku skrócenia uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe jestem zobowiązana/ny do zwrotu na rzecz PCPR w Myślenicach całości przyznanego dofinansowania uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

data

czytelny podpis opiekuna osoby niepełnosprawnej

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 :od**do**

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”

Upředzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2, 3, ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny 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 LEKARZA O SKIEROWANIE 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 :

DYSFUNKCJA NARZĄDU RUCHU		CHOROBA PSYCHICZNA		UPOŚLEDZENIE UMYSŁOWE	
OSOBA PORUSZAJĄCA SIĘ NA WÓZKU INWALIDZKIM		SCHORZENIE UKŁADU KRAŻENIA		PADACZKA	
DYSFUNKCJA NARZĄDU WZROKU		DYSFUNKCJA NARZĄDU SŁUCHU		INNE (JAKIE?)	

Konieczność opieki osoby drugiej na turnusie rehabilitacyjnym:

NIE

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

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

UWAGI

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

Miejscowość i data

Podpis i pieczęć lekarza

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W MYŚLENICACH

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