**PCR-III.TR.3230/………/2022**

Wypełnia PCPR:

|  |  |
| --- | --- |
| ................................................................ | ..................................................................... |
| (data wpływu wniosku do PCPR) | (pieczęć PCPR i podpis pracownika) |

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żarach**

**ul. Artylerzystów 6, tel. 68/ 363-06-84**

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM

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

**DANE WNIOSKODAWCY:** (należy wpisać dane osoby niepełnosprawnej)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko:** | **Imię:** |
| **PESEL:** | **Data urodzenia:** |
| **Nr telefonu:**  |
| **Adres zamieszkania:** (w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu) |

PLANOWANY TERMIN UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM:

………………………………………………….…………………………………………………….………………...

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (zaznaczyć zgodnie z posiadanym orzeczeniem):

|  |  |
| --- | --- |
| wydane przez **PZON** | wydane przez **ZUS** |
| znaczny ⬜  | III grupa ⬜ | całkowita niezd. do pracy /sam. egz. ⬜ |
| umiarkowany ⬜  | III grupa ⬜ | całkowita niezdolność do pracy ⬜ |
| lekki ⬜  | III grupa ⬜ | częściowa niezdolność do pracy ⬜ |
| orzeczenie o niepełnosprawności (do 16. roku życia ) ⬜ |
| termin ważności orzeczenia: | ⬜ na stałe | ⬜ czasowe do ..................................... |

Korzystałem/am z dofinansowania ze środków PFRON do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym\*:

 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 netto, 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 (w przypadku prowadzenia przez Wnioskodawcę samodzielnego gospodarstwa domowego, należy wpisać „1”): ......................

|  |
| --- |
| ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:1. kopia (oryginał do wglądu) dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność Wnioskodawcy,2. wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny,3. zaświadczenie ze szkoły w przypadku młodzieży uczącej się i niepracującej w wieku 16 do 24 lat4. w przypadku osób niezdolnych do złożenia podpisu na wniosku, dodatkowo pełnomocnictwo notarialne lub postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego. |

**PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, ŻE:**

1. Wnioski będą rozpatrywane od momentu zatwierdzenia środków finansowych przez Radę Powiatu Żarskiego, otrzymanych wg algorytmu z PFRON.
2. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych dla powiatu żarskiego na dany rok kalendarzowy.
3. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnacje należy zgłaszać do tut. PCPR w formie pisemnej.
4. Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.

**OŚWIADCZENIE**

Zgodnie z § 4 ust. 1 pkt. 2, 3, 4, 6 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. *w sprawie turnusów rehabilitacyjnych* (Dz. U. Nr 230, poz. 1694), oświadczam, że:

1. W roku bieżącym nie uzyskałem/am dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON.
2. Dokonam wyboru turnusu w ośrodku, który jest wpisany do rejestru ośrodków prowadzonego przez wojewodę.
3. Dokonam wyboru organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów
4. Nie będę pełnić funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| ............................................(data) | ............................................................(czytelny podpis Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego/pełnomocnika) |

\*Właściwe zaznaczyć

\*\* Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Ja niżej podpisany/na ……………………………………………………………………………………...………. zamieszkały/a ………………………………………………………………………………………………………. będę pełnić funkcję opiekuna na turnusie dla: ………………………………………………………………………...

 (imię i nazwisko Wnioskodawcy)

Zgodnie z § 4 ust. 2 pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. *w sprawie turnusów rehabilitacyjnych* (Dz. U. Nr 230, poz. 1694), oświadczam, że jako opiekun osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym:

1. nie będę pełnić funkcji członka kadry na tym turnusie,
2. nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
3. ukończyłem/am 18 lat lub ukończyłem/am 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

|  |  |
| --- | --- |
| ............................................(data) | ............................................................(czytelny podpis opiekuna) |

\*Właściwe zaznaczyć

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

 (pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

 lub gabinetu lekarskiego)

### Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

(**NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI)**

Imię i nazwisko ......................................................................................................................................................

PESEL albo numer dokumentu tożsamości ...........................................................................................................

Adres zamieszkania ...............................................................................................................................................

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

#### Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\*

|  |  |
| --- | --- |
| dysfunkcja narządu ruchu osoba poruszająca się na wózku inwalidzkimdysfunkcja narządu wzrokuchoroba psychiczna schorzenie układu krążenia |  dysfunkcja narządu słuchu upośledzenie umysłowepadaczka inne (jakie?) ........................................................... ............................................................ |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie\*:

(**NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI)**

##  NIE

 **TAK** – uzasadnienie (należy wskazać konkretne przyczyny konieczności pobytu opiekuna na turnusie)

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

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

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

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

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

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

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

Uwagi:

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

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

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

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

\* Właściwe zaznaczyć.

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

 (data) (pieczątka i podpis lekarza)

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych wnioskodawcy**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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 także RODO) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest ***Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żarach*** reprezentowane przez Dyrektora PCPR. Z Administratorem danych osobowych można się skontaktować pisemnie na adres siedziby: ul. Artylerzystów 6, 68-200 Żary lub telefonicznie: +48 68 3630680.
2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z Inspektorem ochrony danych pod adresem e-mail: alfred.spychala@abi-24.com.pl, tel. 601499272, lub pisemnie na adres siedziby administratora.
3. Pani/Pana/dziecka dane osobowe przetwarzane będą **w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON:\***
* **uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym;**
* **likwidacji barier: technicznych, architektonicznych, w komunikowaniu się;**
* **sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych;**
* **zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze;**
* **usług tłumacza migowego;**
* **likwidacji barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową;**
* **likwidacji barier w dostępie do uczestniczenia w społeczeństwie informacyjnym;**
* **likwidacji barier w poruszaniu się;**
* **pomocy w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej;**
* **pomocy w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym;**

**na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 lit. b RODO w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznejz dnia 15 listopada 2007 r.**

1. Pani/Pana/dziecka dane osobowe możemy przekazywać organom lub podmiotom właściwym do załatwienia przedmiotowego wniosku. Dokonamy tego jedynie w sytuacji, gdy istnieć będzie podstawa prawna do takiego działania lub gdy odbiorcami danych w rozumieniu przepisów o ochronie danych osobowych będą podmioty świadczące usługi pocztowe, informatyczne lub bankowe oraz podmioty przetwarzające je w naszym imieniu, w tym podwykonawcom wspierającym nas w realizacji naszych działań.
2. Pani/Pana/dziecka dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.
3. Pani/Pana/dziecka dane nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
4. Pani/Pana/dziecka dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
5. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych wynika z przepisów prawa. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie nierozpoznanie wniosku.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich/swojego dziecka danych, prawo do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu. Co do danych osobowych, których podanie jest dobrowolne ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem.

Oświadczenie o cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga formy pisemnej, którą należy przesłać na adres: PCPR, ul. Artylerzystów 6, 68-200 Żary lub elektronicznej na adres mailowy: pcpr@pcprzary.pl.

Chęć skorzystania ze wskazanych wyżej praw może Pani/Pan zgłosić na wskazane powyżej adresy listownie lub drogą elektroniczną. Administrator danych osobowych - bez zbędnej zwłoki – a w każdym razie w terminie miesiąca od dnia wpłynięcia wniosku - udzieli osobie, której dane dotyczą, informacji o działaniach podjętych w związku z realizacją wyżej wymienionych praw. W razie potrzeby termin ten może zostać przedłużony o kolejne dwa miesiące z uwagi na skomplikowany charakter żądania lub liczbę żądań. W terminie miesiąca od otrzymania żądania PCPR w Żarach – administrator danych, poinformuje osobę, której dane dotyczą o ewentualnym przedłużeniu terminu, z podaniem przyczyn opóźnienia.

1. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie ich danych osobowych narusza przepisy RODO.

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych opiekuna osoby niepełnosprawnej**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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 także RODO) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest ***Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żarach*** reprezentowane przez Dyrektora PCPR. Z Administratorem danych osobowych można się skontaktować pisemnie na adres siedziby: ul. Artylerzystów 6, 68-200 Żary lub telefonicznie: +48 68 3630680.
2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z Inspektorem ochrony danych pod adresem e-mail: alfred.spychala@abi-24.com.pl, tel. 601499272, lub pisemnie na adres siedziby administratora.
3. Pani/Pana/dziecka dane osobowe przetwarzane będą **w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON:\***
* **uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym;**
* **likwidacji barier: technicznych, architektonicznych, w komunikowaniu się;**
* **sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych;**
* **zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze;**
* **usług tłumacza migowego;**
* **likwidacji barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową;**
* **likwidacji barier w dostępie do uczestniczenia w społeczeństwie informacyjnym;**
* **likwidacji barier w poruszaniu się;**
* **pomocy w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej;**
* **pomocy w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym;**

**na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznejz dnia 15 listopada 2007 r.**

1. Pani/Pana/dziecka dane osobowe możemy przekazywać organom lub podmiotom właściwym do załatwienia przedmiotowego wniosku. Dokonamy tego jedynie w sytuacji, gdy istnieć będzie podstawa prawna do takiego działania lub gdy odbiorcami danych w rozumieniu przepisów o ochronie danych osobowych będą podmioty świadczące usługi pocztowe, informatyczne lub bankowe oraz podmioty przetwarzające je w naszym imieniu, w tym podwykonawcom wspierającym nas w realizacji naszych działań.
2. Pani/Pana/dziecka dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.
3. Pani/Pana/dziecka dane nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
4. Pani/Pana/dziecka dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
5. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych wynika z wyrażonej zgody poprzez wypełnienie oświadczenia opiekuna osoby niepełnosprawnej. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie nieprzyznanie dofinansowania uczestnictwa opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem.

Oświadczenie o cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga formy pisemnej, którą należy przesłać na adres: PCPR, ul. Artylerzystów 6, 68-200 Żary lub elektronicznej na adres mailowy: pcpr@pcprzary.pl.

Chęć skorzystania ze wskazanych wyżej praw może Pani/Pan zgłosić na wskazane powyżej adresy listownie lub drogą elektroniczną. Administrator danych osobowych - bez zbędnej zwłoki – a w każdym razie w terminie miesiąca od dnia wpłynięcia wniosku - udzieli osobie, której dane dotyczą, informacji o działaniach podjętych w związku z realizacją wyżej wymienionych praw. W razie potrzeby termin ten może zostać przedłużony o kolejne dwa miesiące z uwagi na skomplikowany charakter żądania lub liczbę żądań. W terminie miesiąca od otrzymania żądania PCPR w Żarach – administrator danych, poinformuje osobę, której dane dotyczą o ewentualnym przedłużeniu terminu, z podaniem przyczyn opóźnienia.

1. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie ich danych osobowych narusza przepisy RODO.