

**Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie
ul. Pocztowa 7
89 – 500 Tuchola**

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 lub numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania *

Adres do korespondencji

Numer telefonu Data urodzenia

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE **

- a) o stopniu niepełnosprawności: znaczny umiarkowany lekki
- b) o zaliczeniu o jednej z grup inwalidów: I II III
- c) o całkowitej, o częściowej niezdolności do pracy, o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, niezdolności do samodzielnej egzystencji
- d) o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

KORZYSTAŁEM (AM) Z DOFINANSOWANIA DO UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM ZE ŚRODKÓW PFRON **:

TAK (podać rok)....., NIE

JESTEM ZATRUDNIONY / A W ZAKŁADZIE PRACY CHRONIONEJ **

TAK NIE

Imię i nazwisko opiekuna

(wypełnić, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

Załączniki:

1. kserokopia orzeczenia wnioskodawcy o niepełnosprawności lub orzeczenia innych organów (oryginał do wglądu)
2. oświadczenie o dochodach wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego
3. oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego
4. informacja o wyborze turnusu rehabilitacyjnego
5. w przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy dołączyć odpowiednie pełnomocnictwo lub postanowienia sądu
6. oświadczenie opiekuna osoby niepełnosprawnej oraz oświadczenie o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych opiekuna
7. zaświadczenie ze szkoły potwierdzające status ucznia (dotyczy jedynie osób w wieku 16 - 24 lat)
8. ankieta dot. sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej (załącznik nr 1)- osoby niepełnosprawne w wieku do 16 lat albo w wieku do 24 lat uczące się i niepracujące nie wypełniają ankiety

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Niniejszym oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód**, w rozumieniu przepisów (Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON), podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony **za kwartał poprzedzający miesiąc** złożenia wniosku wynosiłzł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Świadomy/a/ odpowiedzialności karnej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się niezwłocznie poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi.

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

.....

miejsceowość, data

.....

*podpis osoby składającej oświadczenie
tj. wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego*

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu,

**właściwe zaznaczyć,

***dotyczy turnusów rehabilitacyjnych, w których program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi.

.....

(data)

.....

*(czytelny podpis wnioskodawcy/
przedstawiciela ustawowego)*

Wypełnia PCPR (pracownik merytoryczny)

.....

data wpływu wniosku do PCPR

.....

Pieczęć PCPR i podpis pracownika

Wypełnia pracownik socjalny:

.....

.....

.....

.....

Data, podpis i pieczęćka pracownika socjalnego

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania*

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym:

- Nie
- Tak – uzasadnienie
-
-
-
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

*w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

**właściwe zaznaczyć

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO
(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko UCZESTNIKA TURNUSU

PESEL lub numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania *.....

.....

.....

Rodzaj turnusu.....

termin turnusu: od do

Dane organizatora turnusu:

Pełna nazwa i adres z kodem pocztowym

.....

.....

Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus:

Pełna 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 ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....

data

.....

czytelny podpis wnioskodawcy

* W przypadku osób bezdomnych wpisać miejsce pobytu.

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

(wypełnić w przypadku gdy lekarz zalecił konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym osobie niepełnosprawnej)

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

Numer dokumentu tożsamości Wydany przez

Ważny do

- Zobowiązuje się do sprawowania nad nią stałej opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego.
- Oświadczam, że nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie.
- Oświadczam, że nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.
- Oświadczam, że w bieżącym roku kalendarzowym nie korzystam z dofinansowania, jako uczestnik turnusu rehabilitacyjnego.
- Oświadczam, że mam ukończone 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej *.

W przypadku zmiany opiekuna osoby niepełnosprawnej wnioskodawca zobowiązany jest do poinformowania Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi na min. 30 dni przed wyjazdem na turnus rehabilitacyjny.

*Dotyczy osób poniżej 18 roku życia.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis opiekuna
osoby niepełnosprawnej)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis opiekuna/
przedstawiciela ustawowego)

KLAUZULA INFORMACYJNA

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 94/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej „Rozporządzeniem” informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

w Tucholi, ul. Pocztowa 7, 89-500 Tuchola, nr telefonu (052) 5592018, adres email: pcprtuchola@wp.pl. Przedstawicielem Administratora jest Kierownik Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi Anna Toby, nr telefonu (052) 5592018, adres email: pcprtuchola@wp.pl.

2. Z Inspektorem Ochrony Danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie można skontaktować się pod adresem e-mail: inspektor.rod@wp.pl.

3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji czynności związanych z wnioskiem o dofinansowanie, zgodnie z:

1) art.6 ust.1 lit. c Rozporządzenia (wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w związku z realizowaniem zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi);

2) art. 6 ust. 1 lit. e Rozporządzenia (wykonywania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi w związku z realizowaniem zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tucholi);

3) art. 9 ust. 2 lit. b Rozporządzenia (przetwarzanie jest niezbędne do wypełniania obowiązków

i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej, o ile jest to dozwolone prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, lub porozumieniem zbiorowym na mocy prawa państwa członkowskiego przewidującym odpowiednie zabezpieczania praw podstawowych i interesów osoby, które dane dotyczą);

4. W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym powyżej, Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców. Odbiorcami danych mogą być podmioty upoważnione do odbioru Pani/Pana danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa.

5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat zgodnie z Ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym.

6. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych w każdej chwili ma Pani/Pan prawo do:

1) dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia;

2) sprostowania danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia;

3) usunięcia danych, na podstawie art. 17 Rozporządzenia;

4) ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 Rozporządzenia;

5) przeniesienia swoich danych, na podstawie art. 20 Rozporządzenia;

6) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na podstawie art. 21 Rozporządzenia.

7. Pani/Pan ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/Pani, że przetwarzanie danych osobowych jest niezgodne z przepisami Rozporządzenia.

8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem ustawowym, a ich nie podanie oznacza brak możliwości rozpatrzenia złożonego wniosku.

9. Pani/Pana dane nie są przez nas wykorzystywane do podejmowania decyzji opartych na zautomatyzowanym przetwarzaniu danych, w tym nie są wykorzystywane do profilowania.

10. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.

Administrator Danych Osobowych
Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie w Tucholi

**SYTUACJA SPOŁECZNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ
WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA**

(przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny, pełnomocnik)

1. **Imię i nazwisko:**

2. **Staż pracy - w latach (można zaznaczyć tylko jedną odpowiedź):**

- do 5 lat
 6-10
 11-15
 16-20
 21- i więcej

3. **Aktywność zawodowa (można zaznaczyć tylko jedną odpowiedź):**

- a) pracujący/prowadzący działalność gospodarczą
b) bezrobotny zarejestrowany w PUP
c) uczeń/student
d) emeryt/rencista
e) bezrobotny poszukujący pracy
f) rolnik prowadzący działalność rolną

4. **Pobierane świadczenie (właściwe zaznaczyć):**

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a) świadczenia rodzinne | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| b) zasiłek stały/ okresowy | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| c) fundusz alimentacyjny | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| d) specjalny zasiłek opiekuńczy | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| e) zasiłek celowy | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |

5. **Jaka jest główna przyczyna niepodjęcia zatrudnienia (można zaznaczyć tylko jedną odpowiedź):**

- a) stan zdrowia
b) konieczność sprawowania opieki nad osobą niepełnosprawną lub dziećmi
c) emeryt/rencista
d) brak pracy dla osób w moim zawodzie
e) nie muszę pracować

6. **Warunki zamieszkania (proszę zaznaczyć czy w miejscu zamieszkania dysponuje Pan/Pani):**

- | | | |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a) woda bieżąca | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| b) łazienka z wc | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| c) centralne ogrzewanie | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| d) dostęp do internetu | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |
| e) przystanek komunikacji publicznej w odległości do 1 km | <input type="checkbox"/> tak | <input type="checkbox"/> nie |

7. **Czy stan zdrowia zmusza Panią/Pana do korzystania ze wsparcia rodziny lub innych osób (można zaznaczyć tylko jedną odpowiedź):**

- a) *tak, bardzo często*
- b) *tak, często*
- c) *czasami*
- d) *rzadko*
- e) *wcale*

8. **Relacje z innymi osobami, przyjaciółmi, sąsiadami (można zaznaczyć tylko jedną odpowiedź):**

- a) *nie, nie mam możliwości kontaktów ze względu na stan zdrowia*
- b) *nie, ponieważ mieszkam w znacznej odległości od innych ludzi*
- c) *nie, nie umiem nawiązywać kontaktów z innymi ludźmi*
- d) *nie, ponieważ nie odczuwam takiej potrzeby*
- e) *tak, utrzymuję kontakty z innymi*

9. **Czy jestem aktywnym członkiem stowarzyszenia/organizacji? (np. Uniwersytet Trzeciego Wieku, Polski Komitet Pomocy Społecznej, Koło Gospodyń Wiejskich, Związek Emerytów Rencistów i Inwalidów)**

- a) *tak*
- b) *nie*

10. **Jaka jest główna przyczyna opuszczania przez Panią/Pana swojego domu/mieszkania: (można zaznaczyć tylko jedną odpowiedź):**

- a) *prawie wcale lub wcale nie opuszczam miejsca zamieszkania*
- b) *opuszczam tylko w celu wizyty u lekarza lub w szpitalu*
- c) *wychodzę tylko w celu załatwienia bieżących spraw domowych*
- d) *wychodzę często ale głównie w celu załatwienia różnych spraw (np. w urzędzie) lub do pracy*
- e) *wychodzę bardzo często, również w celach towarzyskich*

.....
*data, czytelny podpis Wnioskodawcy,
przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego,
pełnomocnika*

Wypełnia PCPR Tuchola

Ilość punktów z ankiety:

Ilość punktów z orzeczenia:

Ilość punktów za dochód:

Ilość punktów uzyskanych razem:

.....
podpis pracownika PCPR