

Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.

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

Imię i nazwisko:

PESEL albo numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:

..... Tel.

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) 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 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 PLN
Słownie.....

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

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

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

.....

(data)

.....

(czytelny podpis)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

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

Wypełnia PCPR

.....

(data wpływu do PCPR)

.....

(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dowodu tożsamości

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"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> inne(jakie?)..... |
| <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
 TAK -

uzasadnienie.....

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

Uwagi:

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

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

.....
(data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)

**SYTUACJA SPOŁECZNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ I JEJ POTRZEBY
W ZAKRESIE ROZWIJANIA UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH**

Wypełnia Wnioskodawca (przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny, pełnomocnik) *

1. Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej:
PESEL:
 2. Główna dysfunkcja najbardziej utrudniająca funkcjonowanie:
.....
 3. Opis sytuacji społecznej:
 - a) sytuacja zawodowa:
 - zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
 - bezrobotny/poszukujący pracy
 - rencista/ emeryt
 - dzieci i młodzież do 16. roku życia
 - osoba w wieku 16 – 24 lat ucząca się i niepracująca (należy przedłożyć zaświadczenie ze szkoły)
 - uczestnik Warsztatu Terapii Zajęciowej/Środowiskowego Domu Samopomocy/Domu Dziennego Pobytu
 - inna:
 - b) zaspokajanie codziennych potrzeb życiowych i społecznych:
 - samodzielnie z częściową pomocą osób drugih
 - wyłącznie przy pomocy osób drugih
 - dodatkowe informacje:
.....
.....
 - c) poziom wykształcenia:
4. Oczekiwane efekty związane z uczestnictwem w turnusie rehabilitacyjnym:
 - poprawa samoobsługi, zwiększenie zaradności osobistej
 - nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych
 - zwiększenie aktywności społecznej, przywracanie utraconych umiejętności i zdolności do pełnienia ról społecznych
 - inne, jakie:

Data:

.....
podpis wnioskodawcy (przedstawiciela
ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika)

* właściwe zaznaczyć

KLAUZULA INFORMACYJNA

OGÓLNA DLA KLIENTÓW POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W OLECKU

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (RODO), informujemy, że:
Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Olecku z siedzibą przy ul. Gołdapskiej 23, 19-400 Olecko, adres e-mail: centrum@pcpr.olecko.pl, tel. 87 520 34 30.

W sprawie danych osobowych możesz kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, adres e-mail: iod@pcpr.olecko.pl

Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

Dane osobowe będą zbierane i przetwarzane są w celu udzielenia Pani/Panu pomocy i wsparcia wynikającego z realizowanych zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Olecku określonych w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do realizacji w/w celu.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres: od zebrania do czasu wskazanego w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt, tj. od 5 do 50 lat.

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, jak również prawo do ograniczenia ich przetwarzania i niepodlegania profilowaniu.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeśli Pani/Pana zdaniem przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych - narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO.

Decyzje związane z przetwarzaniem danych nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany.

Administrator Danych Osobowych
Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Olecku

.....
data

.....
podpis wnioskodawcy (przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika)