 **Nr wniosku:**

**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 ....................................................................................................................................................................

Adres zamieszkania\* ............................................................................................................................................

Data urodzenia .....................................................................................................................................................

Nr telefonu …………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

Adres e-mail ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym .............................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **POSIADANE ORZECZENIE \*\*** |  |  | |
| a) o stopniu niepełnosprawności  □ znacznym □ umiarkowanym □ lekkim  Numer orzeczenia: |
| 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 ……………………………… zł.  Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ……………………………….  **Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej  za składanie nieprawdziwych danych.**   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  |   **Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia  o stanie zdrowia.** \*\*\*  **Oświadczam, ze zapoznałem(am) się z treścią klauzuli RODO.**  **Klauzula RODO**  Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie  ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.  **Tożsamość administratora**  Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek  o dofinansowanie.  **Dane kontaktowe administratora**  Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej,  a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.  **Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych**  Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych  z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.  **Cele przetwarzania**  Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.  **Podstawa prawna przetwarzania**  RODO - rozporządzenie 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, zwane dalej „RODO”.  Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO,  a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.  **Okres, przez który dane będą przechowywane**  Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi  u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane  do czasu zakończenia postępowania.  **Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe**  Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.  **Prawa podmiotów danych**  Przysługuje Państwu prawo:  1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,  2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,  3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,  4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,  5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,  6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.  **Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**  Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.  **Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych**  Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.  ………………………… ….………..…………………………………...  **(data) (czytelny podpis wnioskodawcy)** | | | |
| \* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu  \*\* właściwe zaznaczyć.  \*\*\* dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne. |  |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |

**Wypełnia PCPR**

..…………………………………. ……………………………………………..

**(data wpływu wniosku do PCPR)** **(pieczęć PCPR i podpis pracownika)**

Informacje uzupełniające do wniosku PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

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

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

PESEL lub numer dokumentu tożsamości: ..............................................................................................................

Adres zamieszkania: .............................................................................................................................................................

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

Data urodzenia: .......................................................................................................................................................................

ustanowiony przedstawicielem\* / opiekunem\* / pełnomocnikiem\*: ...........................................................

postanowieniem Sądu Rejonowego: ..........................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

z dn. ............................................................ sygn. Akt\*: .........................................................................................................

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza\*: .....................................................................

z dn. ............................................................ repet. nr ...............................................................................................................

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

data podpis

przedstawiciela ustawowego\* opiekuna prawnego\* pełnomocnika

**Załączniki:**

1. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny (druk w załączeniu),
2. Oświadczenie – o opiekunie osoby niepełnosprawnej (druk w załączeniu),
3. Kwestionariusz dotyczący sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym i jej potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych (druk w załączeniu),
4. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a, lub art. 62 ustawy\*\*, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.,
5. Pełnomocnictwo notarialne lub postanowienie sądu do reprezentowania Wnioskodawcy (w przypadku ustanowienia pełnomocnika lub opiekuna prawnego dla Wnioskodawcy),
6. Aktualne zaświadczenie ze szkoły w przypadku osób niepełnosprawnych w wieku od 16 do 24 lat uczących się i niepracujących,
7. Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych (druk w załączeniu).

\*\* ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2025 r. poz. 913 ze zm.).