…… …….
Nr sprawy Data wpływu wniosku

Pieczęć i podpis pracownika ……

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 nr dokumentu tożsamości ……

Adres zamieszkania * ……..

……..

Data urodzenia …… tel:.....……

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/i 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, jeżeli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

<u>OŚWIADCZAM, ŻE</u>

- przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosi: .....zł
  liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi …….....
- powyższe dane są zgodne z prawdą oraz jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

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

- nie mam zaległości wobec PFRON oraz że nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku strona umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,

- Będę uczestniczył/a w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybrałem/am,

- Mój opiekun ubiegający się o dofinansowanie ze środków PFRON do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie, nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby, ukończył 18 lat lub ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem mojej rodziny.

…….. …….
(data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.
**Właściwe zaznaczyć.
***Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

Klauzula informacyjna przy pobieraniu danych bezpośrednio od osoby (RODO)

(*właściwe zaznaczyć przez zakreślenie pola* □)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 (Dz. Urz. UE L 119/1, 4/5/2016) informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sejnach** przy **ul. Piłsudskiego 34** tel.: **87 517 34 15**, adres e-mail: **pcpr@powiat.sejny.pl**
2. administrator wyznaczył inspektora ochrony danych osobowych – kontakt: pisemnie na adres siedziby Powiatowego Centrum pomocy Rodzinie w Sejnach lub e-mail: pcpr@powiat.sejny.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie ustawy z dnia z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w celu realizacji wniosków dotyczących:

   □ uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych,

   □ sportu, kultury, rekreacji i turystyki osób niepełnosprawnych

   □ zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

   □ zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów

   □ likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych, w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

   □ usług tłumacza języka migowego lub tłumacza-przewodnika

   □ realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

4. przekazywane dane osobowe nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym, z wyjątkiem PFRON oraz w innych sytuacjach przewidzianych przez prawo i niezbędnych do realizacji zadania;
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących archiwizacji;
7. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia po okresie archiwizacji, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania *(jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody)*, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
8. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
9. podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem rozpatrzenia złożonego wniosku. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, w przypadku niepodania danych nie będzie możliwe rozpatrzenie złożonego wniosku.

…… ……

Data **czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela Ustawowego, opiekuna prawnego, pelnomocnika**