

WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON DO UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM**IMIĘ I NAZWISKO**.....
(osoby niepełnosprawnej)

PESEL Data Urodzenia

Adres zamieszkania*:

nr kodu pocztowego _ _ - _ _ _

nr telefonu

adres e-mail

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) ☐ całkowitej niezdolności do pracy ☐ 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 turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON:☐ **TAK** (podać rok) ☐ **NIE**Jestem zatrudniony/a w **zakładzie pracy chronionej** ☐ **TAK** ☐ **NIE****OŚWIADCZENIE:**

a) Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił: zł.

b) Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:.....

Imię i nazwisko opiekuna
(wypełnić, jeżeli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna):

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą oraz że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie informacji niezgodnej z prawdą, wynikającej z art. 233 § 1, 2, 3 Kodeksu Karnego.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

W przypadku złożenia fałszywych zeznań kwota dofinansowania ze środków PFRON do turnusu rehabilitacyjnego podlega zwrotowi.

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

.....
*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** właściwe zaznaczyć

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

Dane przedstawiciela ustawowego (rodzica dla małoletniego wnioskodawcy), opiekuna prawnego (dla osoby ubezwłasnowolnionej) lub pełnomocnika

Imię i nazwisko

PESEL Data urodzenia

adres zamieszkania:

nr kodu pocztowego _ _ - _ _ _

adres e-mail

ustanowiony opiekunem*/pełnomocnikiem*.....

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt*/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza.....z dn. repert. nr)

*** niewłaściwe skreślić**

- Niniejszym oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż zgodnie z art. 10 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego przysługuje mi prawo czynnego udziału w każdym stadium postępowania, zapoznania się z materiałem dowodowym, a przed wydaniem decyzji wypowiedzenia się i zgłoszenia zastrzeżeń.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich (mojego dziecka) danych osobowych przez PCPR w zakresie niezbędnym do realizacji wniosku zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019r. poz. 1781).
- Oświadczam, że zapoznałam/em się z zasadami udzielania pomocy w ramach zadania.
- Oświadczam, że zostałam/em poinformowany, że na wniosek lekarza, osobie ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności albo osobie niepełnosprawnej do 16 roku życia może być przyznane dofinansowanie pobytu na turnusie jej **opiekuna** pod warunkiem, że:
 - opiekun 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 rodziny osoby niepełnosprawnej.
- Oświadczam, że zostałam poinformowany, że zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. 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) (Dz. Urz. UE L z 04.05.2016 r., Nr 119, s. 1), zwanego dalej w skrócie „RODO”, że administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wieliczce z siedzibą przy ul. Niepołomska 26G. Dane przetwarzane są w związku z realizacją zadań ustawowych. Klienci Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie mają prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, a administrator danych osobowych może przekazać dane upoważnionym podmiotom na podstawie przepisów prawa. Podawanie danych osobowych jest obowiązkowe w celu realizacji zadań ustawowych, w innych przypadkach ma charakter dobrowolny.

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

- Wniosek lekarski o skierowanie na turnus rehabilitacyjny **Załącznik nr 2**
- kopia aktualnego orzeczenia, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- W przypadku osób niepełnosprawnych uczących się i niepracujących w **wieku 16-24** lat należy dołączyć do wniosku oryginał aktualnego **zaświadczenia ze szkoły/uczelni** o kontynuowaniu nauki,
- W przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego, do wniosku należy dołączyć odpowiednio kopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.

.....
data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy
(rodzica, opiekuna prawnego lub pełnomocnika)

WYPEŁNIA PCPR

.....
Data wpływu wniosku do PCPR

.....
Pieczęć PCPR i podpis pracownika

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARSKI O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i Nazwisko Uczestnika Turnusu.....

PESEL

Adres zamieszkania*.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji **:

☐ dysfunkcja narządu ruchu
☐ osoba poruszająca się na wózku
inwalidzkim

☐ dysfunkcja narządu wzroku

☐ choroba psychiczna

☐ schorzenia układu krążenia

☐ dysfunkcja narządu słuchu

☐ upośledzenie umysłowe

☐ padaczka

☐ inne (jakie?)

.....
.....

Konieczność opieki osoby drugiej na turnusie rehabilitacyjnym:**

☐ NIE

☐ TAK – uzasadnienie

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

Uwagi:

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

Data

Pieczętka i podpis lekarza

.....
*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

**Właściwe zaznaczyć