

Wniosek o przyznanie dofinansowania 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		tel.	
PESEL albo numer dokumentu tożsamości			
Adres zamieszkania ¹			
Data urodzenia		wiek	
Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym			

POSIADANE ORZECZENIE²:		
o stopieniu znacznym	o stopieniu umiarkowanym	o stopieniu lekkim
I grupa	II grupa	III grupa
o całkowitej niezdolności do pracy / o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym / i niezdolności do samodzielnej egzystencji	o całkowitej niezdolności do pracy	o częściowej niezdolności do pracy / o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia		<input type="checkbox"/>
Korzystałem/am z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON²:		
<input type="checkbox"/> TAK (podać rok)	<input type="checkbox"/> NIE	
Jestem zatrudniony(a) w zakładzie pracy chronionej²	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Imię i nazwisko opiekuna:		
(wypełnić jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)		

OŚWIADCZENIE:	
Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód ³ , w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wyniósł: zł
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:
Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.	
Zobowiązuje się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia ⁴ .	

.....
Data

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela
ustawowego lub opiekuna prawnego

objaśnienia:

¹ w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

² właściwe zaznaczyć (wstawić X)

³ **dochód** – w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 28 listopada 2003 o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. 228 poz. 2255 z późniejszymi zmianami) pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz kwotę świadczonych alimentów i powiększony o dochody z działalności gospodarczej, dochody z gospodarstwa rolnego oraz inne dochody nieopodatkowane wymienione w niniejszej ustawie.

⁴ dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

Do wniosku należy dołączyć:

1. wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny,
2. kopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności / grupie inwalidzkiej / niezdolności do pracy / lub niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (orzeczenia KRUS wydane wyłącznie przed 1 stycznia 1998 r.)
3. kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności – osoby do 16 roku życia
4. zaświadczenie o kontynuowaniu nauki – osoby niepracujące od 16 do 24 roku życia
5. zaświadczenia o dochodach netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, dotyczące wszystkich członków rodziny (do wglądu).

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej Rozporządzenie) informujemy, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Łukowie ul. Broniewskiego 20/26, 21-400 Łuków;
- została wyznaczona osoba odpowiedzialna za ochronę danych osobowych, tj. inspektor ochrony danych, z którym można się skontaktować pod adresem e-mail: iodpcpr@wp.pl lub pisemnie, przesyłając korespondencję na adres: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Broniewskiego 20/26, 21-400 Łuków;
- podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu uzyskania dofinansowania na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- odbiorcami danych osobowych mogą być osoby lub podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa, które regulują cel przetwarzania;
- dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego powyżej celu i przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa o archiwizacji, zgodny z kategorią archiwalną, wynikającą z jednolitego rzeczowego wykazu akt;
- w związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Pani/Panu:
 - a) prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia;
 - b) prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia;
 - c) prawo do usunięcia danych, na podstawie art. 17 Rozporządzenia;
 - d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 Rozporządzenia;
 - e) prawo do przenoszenia danych, na podstawie art. 20 Rozporządzenia;
 - f) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na podstawie art. 21 Rozporządzenia;

(Uwaga: realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych oraz z zasadami wynikającymi z kodeksu postępowania administracyjnego czy archiwizacji);

- w przypadku, w którym przetwarzanie Pani/Pana danych odbywa się na podstawie zgody (tj. art. 6 ust. 1 lit. a lub art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia jej w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy Rozporządzenia;
- nie będzie stosowane zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 Rozporządzenia.

Zapoznałam/em się
(data podpis)

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres (miejsce pobytu*)

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:**

- dysfunkcja narządu ruchu dysfunkcja narządu słuchu dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe choroba psychiczna epilepsja cukrzyca
- schorzenia układu krążenia schorzenia układu oddechowego choroby neurologiczne
- schorzenia układu pokarmowego choroby układu moczowo-płciowego
- inne (jakie?)

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:**

- Nie
- Tak – uzasadnienie:
-
-

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania):

.....

.....

.....

.....

Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data

.....
Pieczęć i podpis lekarza

* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

** właściwe zaznaczyć

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko

.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

.....

Adres (miejsce pobytu*)

.....

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje

.....

.....

Uczulenia

.....

.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne

.....

.....

.....

.....

Odchylenie w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych

.....

.....

.....

Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16 roku życia

.....

.....

.....

Szczepienia ochronne (daty) – dotyczy osób do 16 roku życia

.....

.....

.....

Data

.....

Pieczętka i podpis lekarza