

**Wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa
w turnusie rehabilitacyjnym**

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres (miejsce pobytu*)

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	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 jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że średni 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

(słownie)

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnej „Informacji o stanie zdrowia” sporządzonej przez lekarza, pod którego opieką się znajduje.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

Wypełnia PCPR

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

* miejsce pobytu wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

** właściwe zaznaczyć

*** dochód należy udokumentować i dołączyć do wniosku

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, że:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie reprezentowane przez Dyrektora PCPR, ul. Ogrodowa 10, 88-300 Mogilno, pcpr@pcpr-mogilno.pl, tel. 52 588 83 85;
2. został powołany inspektor ochrony danych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Mogilnie; tel.: 52 588 83 18, iod@powiat.mogilno.pl;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON;
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w tym w państwie trzecim, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów;
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat;
6. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
7. 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 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne jednakże w przypadku nie podania danych osobowych wnioski pozostanie bez rozpatrzenia;
9. Dane osobowe przetwarzane przez Administratora na podstawie Rozporządzenia nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 Rozporządzenia.

Data i podpis

CZEŚĆ I – INFORMACJA O TURNUSIE

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

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres (miejsce pobytu*).....

Rodzaj turnusu termin turnusu: od..... do.....

Dane organizatora turnusu:

Nazwa i adres (z kodem pocztowym)

Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus:

Nazwa i adres (z kodem pocztowym))

Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

* miejsce pobytu wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko
PESEL albo numer dokumentu tożsamości
Adres (miejsce pobytu*)

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> epilepsja |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia | |
| <input type="checkbox"/> inne (jakie?) | |

Zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne:**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne) | |
| <input type="checkbox"/> oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne) | |
| <input type="checkbox"/> wózek inwalidzki | <input type="checkbox"/> kule łokciowe |
| | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:**

- NIE
- TAK – uzasadnienie
-
-

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania):

.....

.....

.....

Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* miejsce pobytu wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

**właściwe zaznaczyć

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

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

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych

Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16 roku życia

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* miejsce pobytu wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

**Sytuacja społeczna osoby niepełnosprawnej i jej potrzeby
w zakresie rozwijania umiejętności społecznych**

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

1. Imię i nazwisko

PESEL

2. Sytuacja zawodowa:

- dziecko,
- osoba ucząca się,
- osoba pracująca zawodowo,
- emeryt/rencista,
- osoba bezrobotna/poszukująca pracy,
- osoba niepracująca/niezainteresowana pracą

3. Oczekiwania związane z uczestnictwem w turnusie rehabilitacyjnym (właściwe zaznaczyć):

- wzmocnienie samoobsługi,
- opanowanie trudnych czynności,
- poprawa nastroju i komunikacji z otoczeniem,
- lepsze radzenie sobie w załatwianiu spraw,
- korzystanie z zabiegów w celu poprawy kondycji fizycznej i psychicznej,
- wyrabianie zaradności osobistej,
- integracja.
- ogólna poprawa sprawności psychofizycznej,
- nawiązywanie i rozwijanie relacji społecznych,
- rozwijanie zainteresowań,
- zabiegi fizjoterapeutyczne.

Mogilno, dnia2024 r.,
podpis wnioskodawcy

WYPEŁNIA pracownik PCPR

Ocena uzasadniająca udział w turnusie rehabilitacyjnym: wskazany / niewskazany / inne
(jakie?).....

Mogilno, dnia2024 r. podpis pracownika socjalnego