

pieczęć PCPR w Toruniu

data wpływu do PCPR w Toruniu

WNIOSEK nr _____ / _____ r.**O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
DOTYCZĄCY UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM**

Imię i nazwisko (osoby niepełnosprawnej) _____

PESEL albo numer dokumentu tożsamości _____

Adres zamieszkania (miejsce pobytu*) _____

Data urodzenia: _____ Nr telefonu: _____

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym _____

POSIADANE ORZECZENIE**

- stopień **Znaczny** / I Gr. / całkowicie niezdolny do pracy i samodzielnej egzystencji
- stopień **Umiarkowany** / II Gr. / całkowicie niezdolny do pracy
- stopień **Lekki** / III Gr. / częściowo niezdolny do pracy
- niepełnosprawność osoby do 16 roku życia

Korzystałam/em z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjny ze środków PFRON():**

TAK (podać rok) _____ /NIE.

Jestem zatrudniony/a w Zakładzie Pracy Chronionej (Z P Ch)**: TAK / NIE.

Imię i Nazwisko Opiekuna _____

(wypełnić, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że miesięczny dochód netto, podany w niniejszym wniosku obliczony jest zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach rodzinnych z dn. 28.11.2003 r. (Dz.U. 2020 poz. 111), tj. pomniejszony o kwoty alimentów świadczonych na rzecz innych osób, koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne nie zaliczone do kosztów uzyskania przychodu, składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz ustawy z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (Dz.U. 2019 poz. 2407), tj. podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku. Przy ustalaniu dochodów w rodzinie nie uwzględnia się dochodów nieopodatkowanych podatkiem dochodowym od osób fizycznych w tym świadczeń pielęgnacyjnych i rodzinnych.

Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz.U. 2019 poz. 2128) art.233.§1, oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

(zł) _____ ***

(słownie) _____

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi _____

Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2017 r. poz. 2204) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

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

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

- 1/ Kopia ważnego orzeczenia o stopniu o niepełnosprawności lub kopię wypisu z treści orzeczenia, lub kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 01.01.1998 r. Oryginał do wglądu.

Uwaga: Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania._____
czytelny podpis – imię i nazwisko Wnioskodawcy* / pełnomocnika* / opiekuna prawnego*

(*) – wpisać w przypadku osoby bezdomnej, (**) – właściwe zaznaczyć

(***) podać przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH

(udzielenia świadczeń z środków PFRON)

W związku z realizacją wymogów Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych

1. Informacje dotyczące administratora danych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w procesie zamówień publicznych jest: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) w Toruniu, ul. Towarowa 4-6, 87-100 Toruń. Administrujący danymi - Dyrektor PCPR w Toruniu.

2. Inspektor ochrony danych

Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania PCPR w Toruniu, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować się Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w PCPR w Toruniu za pomocą adresu poczty elektronicznej:

agmarkanc@wp.pl

3. Cel i podstawy przetwarzania

Państwa dane będą przetwarzane w celu przyznania wnioskodawcy: dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych, dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, likwidacji barier architektonicznych, dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, likwidacji barier technicznych, na podstawie obowiązujących przepisów prawa w tym ustawy:

- ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426),
- Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz.U. 2015 poz.926),
- Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1694 z późn. zm.),
- Ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania , (Dz. U. z 2017 r., poz. 1824), Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz.U. z 2017r. poz. 1061 z późn. zm.) zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody

4. Odbiorcy danych osobowych

- organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa w tym PFRON;
- podmioty z którymi (PCPR) w Toruniu zawarł umowy lub porozumienie na korzystanie z udostępnianych przez nie systemów informatycznych w zakresie przekazywania lub archiwizacji danych. Zakres przekazania danych tym odbiorcom ograniczony jest jednak wyłącznie do możliwości zapoznania się z tymi danymi w związku ze świadczeniem usług wsparcia technicznego i usuwaniem awarii. Odbiorców tych obowiązuje klauzula zachowania poufności pozyskanych w takich okolicznościach wszelkich danych, w tym danych osobowych.

5. Okres przechowywania danych

Przekazane dane osobowe będą przechowywane w różnych okresach czasu w oparciu o Instrukcję Kancelaryjną na podstawie: Ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz Rozporządzenia Ministra Kultury z dnia 16 września 2002 r. w sprawie postępowania z dokumentacją, zasad jej klasyfikowania i kwalifikowania oraz zasad i trybu przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych. Ponadto w innych przypadkach dane osobowe będą przechowywane przez okres 6 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych lub po ewentualnym odwołaniu zgody, przez okres przedawnienia roszczeń przysługujących administratorowi danych oraz zgodnie z wymogami innych ustaw.

6. Prawa osób, których dane dotyczą

Mają Państwo prawo do:

- dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
- ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
- usunięcia danych osobowych;
- wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa).

7. Przysługujące Państwu uprawnienia związane z przetwarzaniem danych osobowych

W odniesieniu do danych pozyskanych w związku z prowadzonym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego przysługują Państwu następujące uprawnienia:

- prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
- prawo do usunięcia danych osobowych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej;
- prawo do ograniczenia przetwarzania danych, przy czym przepisy odrębne mogą wyłączyć możliwość skorzystania z tego praw;
- prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Aby skorzystać z powyższych praw, należy się skontaktować z nami lub z naszym inspektorem ochrony danych (dane kontaktowe zawarte są w punktach 1 i 2).

8. Obowiązek podania danych

Podanie przez Pana/Panią danych osobowych w prawnie wymaganym zakresie jest dobrowolne, ale brak podania danych może skutkować odmową przyznania wnioskowanych świadczeń.

9. Przekazywanie danych poza Europejski Obszar Gospodarczy

Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej

10. Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

czytelny podpis – imię i nazwisko Wnioskodawcy* / pełnomocnika* / opiekuna prawne

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego)

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko _____

PESEL / numer dokumentu tożsamości _____

Adres zamieszkania (miejsce pobytu¹) _____

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji **

- dysfunkcja narządu ruchu, dysfunkcja narządu słuchu, osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim,
 dysfunkcja narządu wzroku, upośledzenie umysłowe, choroba psychiczna, epilepsja,
 schorzenie układu krążenia
 inne (jakie?) _____

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne **

- oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn górnych (jednostronne, dwustronne)
 oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn dolnych (jednostronne, dwustronne)
 wózek inwalidzki kule łokciowe inne (jakie _____)

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie : **

NIE

TAK

Uzasadnienie

Zlecenia (wskazania i przeciwwskazania)

Uzasadnienie wniosku:

Data

Pieczęć i podpis lekarza

(*) - niepotrzebne skreślić, wpisać w przypadku osoby bezdomnej

(**) - właściwie zaznaczyć

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego)

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko _____

Data urodzenia _____ Dokument tożsamości nr _____

Adres zamieszkania (miejsce pobytu¹) _____

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)

¹wpisać w przypadku osoby bezdomnej