

**PCPR w Toruniu**\_\_\_\_\_  
(data wpływu do PCPR)**Wniosek Nr** \_\_\_\_\_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 \_\_\_\_\_

Nr PESEL:                                 Adres zamieszkania\* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym:

od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

rrrr-mm-dd

rrrr-mm-dd

**POSIADANE ORZECZENIE \*\***a) o stopniu niepełnosprawności  znacznym  umiarkowanym  lekkim

Numer orzeczenia \_\_\_\_\_

b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów:  I  II  IIIc)  o całkowitej  o częściowej niezdolności do pracy  o niezdolności do pracy  
w gospodarstwie rolnym  o niezdolności do samodzielnej egzystencjid)  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 uznał konieczność pobytu opiekuna)

**OŚWIADCZENIE**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 na 1 osobę.**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.

**Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia. \*\*\***\_\_\_\_\_  
(data)\_\_\_\_\_  
(czytelny podpis wnioskodawcy - Imię i Nazwisko)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć.

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

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY (dla małoletniego\* wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej\*, opiekun prawny\* lub pełnomocnik\*)**

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Nr PESEL:                                 

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

Numer telefonu: \_\_\_\_\_

Adres email: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_\_

ustanowiony przedstawicielem\* / opiekunem\* / pełnomocnikiem\*: \_\_\_\_\_

postanowieniem Sądu w: \_\_\_\_\_

z dn. \_\_\_\_\_ sygn. Akt\*: \_\_\_\_\_/

na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza\*: \_\_\_\_\_

z dn. \_\_\_\_\_ repet. nr \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(czytelny podpis: **Imię i Nazwisko** przedstawiciela ustawowego\*, opiekuna prawnego\*, pełnomocnika\*)

**Informacje uzupełniające do wniosku**

**DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Numer telefonu: \_\_\_\_\_

Adres e-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(czytelny podpis **Imię i Nazwisko**)

**Obowiązkowy załącznik:**

*Kopia ważnego orzeczenia o stopniu o niepełnosprawności / dotyczy osób powyżej 16 r. życia / lub kopię wypisu z treści orzeczenia, lub kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanej przed dniem 01.01.1998 r. Oryginał do wglądu.*

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się tutaj. Centrum informować w ciągu 14 dni.

**Uwaga:** złożenie niniejszego wniosku w PCPR w Toruniu nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.

\* niepotrzebne skreślić

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH**

(udzielenia świadczeń z środków PFRON)

Na podstawie art. 13 ust.1 i 2 RODO Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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, dalej: 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 daniymi - 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: [iod@pcpr-torun.pl](mailto:iod@pcpr-torun.pl)

**3. Cel i podstawy przetwarzania Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia złożonego przez Panią/Pana wniosku na podstawie następujących przepisów**

- art. 6 ust. 1 lit. a lub c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych RODO,

- art. 9 ust. 2 pkt. a-j) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych RODO, osobowe w ramach postępowania w sprawach dofinansowań z środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celu:

- wypełnienia obowiązków prawnych ciążyących na Administratorze,
- w pozostałych przypadkach – na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.

W przypadku przetwarzania danych osobowych szczególnej kategorii np. dotyczących zdrowia podstawą przetwarzania jest art. 9 ust. 2 lit. b Rozporządzenia RODO czyli przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej.

Administrator przetwarza dane osobowe w celu wypełnienia obowiązków prawnych w szczególności na podstawie:

- Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych,
- Ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r kodeks postępowania administracyjnego,
- 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
- a także przepisów wykonawczych do wskazanych ustaw

**4. Odbiorcy danych osobowych** Administrator przetwarza dane osobowe zwykle (np. dane identyfikacyjne i kontaktowe) oraz szczególnych kategorii (np. dane o niepełnosprawności) w zakresie niezbędnym do realizacji celu przetwarzania.

- 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;**

Dane osobowe będą przechowywane przez czas niezbędny do realizacji celu, w jakim zostały zgromadzone, a po tym czasie przez okres niezbędny do wypełnienia obowiązków wynikających z ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych. oraz w Rozporządzeniu Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej

**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 wykluczyć 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.****OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

Oświadczam, że ja niżej podpisana/y: Składam wniosek dotyczący dofinansowania ze środków z PFRON. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i danych osób wskazanych we wniosku, przez PCPR w Toruniu ul. Towarowa 4-6 dla celów związanych z procedowaniem przewidzianym w ustawie O pomocy społecznej, oraz ustawach szczególnych dotyczących przyznawanych środków. Jednocześnie wyrażam zgodę na przesyłanie przez Administratora, na mój adres e-mail lub wykorzystanie mojego nr telefonu w celu informacji dotyczących realizacji wniosku. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Klauzulą Informacyjną przekazaną zgodnie z art. 13 ust.1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych zwanego RODO.

czytelny podpis – imię i nazwisko Wnioskodawcy\* / pełnomocnika\* / opiekuna prawnego\*

\_\_\_\_\_  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego)

**WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Nr PESEL \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania (miejsce pobytu<sup>1</sup>) \_\_\_\_\_

**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?) \_\_\_\_\_

**Konieczność pobytu opiekuna na turnusie: \*\***

NIE

TAK, **UZASADNIENIE:** \_\_\_\_\_

**UWAGI:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Pieczęćka i podpis lekarza

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

(\*\*) – właściwie zaznaczyć X