*RS - 610 - /*

**Załącznik nr 1** do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1694).

# **Wniosek 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)

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

##### **UWAGA! Przed złożeniem wniosku należy zapoznać się z obowiązującymi przepisami w sprawie udzielania dofinansowania ze środków PFRON do uczestnictwa w 14 dniowych turnusach rehabilitacyjnych**

**Imię i nazwisko** ....................................................................... **nr telefonu ٭٭**..........................................

*(imię i nazwisko, w przypadku osoby, która nie ukończyła 18 roku życia należy podać jej dane)*

**PESEL** albo numer dokumentu tożsamości..............................................................................................

**Data urodzenia** ....................................................

**Adres zamieszkania1** kod ...................... miejscowość ...........................................................................

ulica.............................................................................. gmina ..................................................................

* Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ..........................................................................
* **POSIADANE ORZECZENIE 2**
1. o stopniu niepełnosprawności ⁪ Znacznym ⁪ Umiarkowanym ⁪ Lekkim
2. o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów ⁪ I ⁪ II ⁪ III
3. ⁪ całkowitej / ⁪ o częściowej niezdolności do pracy / ⁪ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym
⁪ niezdolności do samodzielnej egzystencji
4. ⁪ o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

# Korzystałem(am) z dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) **2**

⁪**TAK** (podać rok) ...................................................................................................................... ⁪ **NIE**

* **Jestem zatrudniony(a) w zakładzie pracy chronionej 2** ⁪**TAK** ⁪ **NIE**

***Należy wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna***

Imię i nazwisko opiekuna ………............................................................................................................

*Oświadczam, że mój opiekun: 1) nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
 2) nie będzie pełnił funkcji członka kadry na turnusie.*

* **OŚWIADCZENIE**

oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych**3**, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił ............................złotych.

* Liczba osób w wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ........................................................

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

**٭٭ *POUCZENIE:*** *podanie niniejszych danych jest dobrowolne i stanowi wyraźne działanie wnioskodawcy potwierdzające i przyzwalające na przetwarzanie dotyczących jej danych osobowych*

**Wypełnia PCPR w Krakowie**

…………………………………. ...……………………………………

 (data wpływu wniosku do PCPR) (pieczęć PCPR i podpis pracownika)

*Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am\* stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.*

Oświadczam, że o dofinansowanie ze środków PFRON ubiegam się tylko w Powiecie Krakowskim.

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

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia**4**.

 Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a, że złożony przeze mnie wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do 14 dniowego turnusu rehabilitacyjnego zostanie rozpatrzony po otrzymaniu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krakowie (PCPR) informacji o wysokości środków finansowych przypadających na realizację w  roku bieżącym zadań z zakresu rehabilitacji społecznej.

***Oświadczam, że o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR w Krakowie w ciągu 14 dni.***

**KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETAWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KRAKOWIE**

1. Administratorem jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Krakowie, z siedzibą w Krakowie, al. Słowackiego 20, 30-037 Kraków, tel: 12 39-79-564, adres e-mail: pcpr@powiat.krakow.pl.

2. Administrator powołał Inspektora ochrony danych. Dane kontaktowe to: nr tel.: 12-39-79-564, e-mail: ap-pcpr@powiat.krakow.pl.

3. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się w celu przyznania Wnioskodawcy dofinansowania, ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.

4. Przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody na przetwarzanie danych osobowych osoby, której dane dotyczą (art. 6 ust. 1. lit. a RODO) oraz jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1. lit. c RODO) na podstawie §5 ust. 4 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz.U. Nr 230, poz.1694 z późn. zm.).

5. Osoba, której dane osobowe są przetwarzane na podstawie zgody ma prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Wycofanie zgody jest możliwe poprzez złożenie do siedziby Administratora pisemnego wniosku o wycofanie zgody na przetwarzanie danych osobowych.

6. Dane osobowe mogą zostać ujawnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Odbiorcami danych są podmioty świadczące asystę techniczną oprogramowania służącego do obsługi zadań PFRON oraz podmioty świadczące usługi archiwizacji akt oraz niszczenia dokumentacji archiwalnej.

7. Dane będą przechowywane przez okres niezbędny do przyznania i rozliczenia dofinansowania oraz przez okres niezbędny do przestrzegania obowiązujących przepisów prawa i regulacji. Kryterium ustalenia tego okresu jest konieczność przechowywania dokumentów zgodnie kategorią archiwalną (B10) oraz wymogi Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

8. Osoba, której dane osobowe są przetwarzane, ma prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

9. Osoba, której dane osobowe są przetwarzane, ma prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych osobowych, a także prawo do przenoszenia swoich danych osobowych.

10. Osoba, której dane osobowe są przetwarzane, ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego: Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

11. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym.

12. Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Konsekwencją niepodania danych osobowych lub wycofania zgody na ich przetwarzanie jest uniemożliwienie przyznania dofinansowania.

**....................................... .............................................................................................................
 data (czytelny podpis Wnioskodawcy,**

 **przedstawiciela ustawowego5)**

**1**w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

**2**właściwe zaznaczyć

**3**Ustawa z dnia 28.11.2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. z 2020r., poz. 111 t.j.)

**4**dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

**5**podpis przedstawiciela ustawowego w przypadku osoby, która 1) nie ukończyła 18 roku życia; 2) została ustanowiona opiekunem prawnym całkowicie ubezwłasnowolnionej osoby niepełnosprawnej

 **Prosimy o czytelne i rzetelne wypełnienie wniosku**

**Do wniosku należy dołączyć:**

# **1. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny** – ***Załącznik nr 2*** *do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1694).* Po wypełnieniu wniosku przez lekarza należy zrobić kopię i przedłożyć organizatorowi turnusu;

**2. Kopię posiadanego orzeczenia lub wypisu z treści orzeczenia**:

o stopniu niepełnosprawności lub o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów lub o całkowitej /częściowej niezdolności do pracy/ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym – orzeczenie wydane przed 1 styczniem 1998 roku/ i niezdolności do samodzielnej egzystencji lub o niepełnosprawności przed ukończeniem 16 roku życia -**oryginał dokumentu do wglądu;**

**3.** **Zaświadczenie ze szkoły** o kontynuowaniu nauki w przypadku dzieci i młodzieży uczącej się
i niepracującej **w wieku od 16 do 24 roku życia**.