

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)

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ)

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

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Data urodzenia **nr telefonu, e-mail ***

Adres zamieszkania¹ kod miejscowość

ulica..... nr domu..... nr lokalu gmina

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE (właściwie zaznaczyć)

- a) o stopniu niepełnosprawności ☐ Znacznym ☐ Umiarkowanym ☐ Lekkim
 b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów ☐ I ☐ II ☐ III
 c) ☐ o całkowitej / ☐ o częściowej niezdolności do pracy / ☐ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym
☐ niezdolności do samodzielnej egzystencji
 d) ☐ o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

Korzystałem(am) z dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (właściwie zaznaczyć)

☐ TAK (podać rok) ☐ NIE

Wnioskodawca jest (właściwie zaznaczyć) :

- a) zatrudniony(a) w zakładzie pracy chronionej ☐ TAK ☐ NIE
 b) osobą niepełnosprawną w wieku 16-24 lat uczącą się i niepracującą ☐ 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 rodzinnych²,
podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał
poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosiłzłotych.

Liczba osób w wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA

..... PESEL

(imię i nazwisko)

miejscowość..... ul.nr domu nr lokalu

kod poczta gmina telefon, e-mail*

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

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.*

*Ja niżej podpisany/a pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art.233 par.1 kodeksu karnego * za składanie fałszywych zeznań, składam stosownie do art. 75 par. 2 kpa oświadczenie, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.*

**Art.233 par.1 kk – Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.*

W przypadku złożenia fałszywych zeznań kwota dofinansowania ze środków PFRON ww. zadania podlega zwrotowi.

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

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia³.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/ny, iż niniejszy wniosek zostanie zarejestrowany przez PCPR w Krakowie w Systemie Obsługi Wsparcia (SOW).

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 39-79-004, adres e-mail: pcpr@powiat.krakow.pl.
2. Administrator powołał Inspektora ochrony danych. Dane kontaktowe to: nr tel.: 12-39-79-004, 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 ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika)**

¹ w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

² Ustawa z dnia 28.11.2003 roku o świadczeniach rodzinnych (t.j. Dz.U.2025.1208 z późn.zm.)

³ dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne