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)

Imię i nazwisko ……
PESEL ……...……..
Adres zamieszkania* …….....
Data urodzenia …….
Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym …….
Numer telefonu aktualny ……..

POSIADANE ORZECZENIE**

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 □ o 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, jeżeli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)
PESEL 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.
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 (art. 233).

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

…….... .....
(data) *(czytelny podpis wnioskodawcy)*

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.
** Właściwe zaznaczyć.
*** Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

<u>Do wniosku dołączyć</u>:
1. Kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
2. Dzieci i młodzież ucząca się od 16 do 24 roku życia – ksero legitymacji szkolnej

---

Wypełnia GCPR

……..... **……**
(data wpływu wniosku do GCPR) ***(pieczęć GCPR i podpis pracownika)***

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych

Zgodnie z art.13 ***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*** Gorzowskie Centrum Pomocy Rodzinie informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Gorzowskie Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Walczaka 42, 66-400 Gorzów Wielkopolski, tel. 95 7 151 360**.
2. Inspektorem ochrony danych osobowych jest:
   Pan Robert Kędzior kontakt: iodo@gcprgorzow.pl
3. Pana/Pani dane osobowe będziemy przetwarzać, aby dopełnić obowiązków, które wynikają z przepisów prawa. Cele te wynikają z ustawy i dotyczą m.in. systemowego wsparcia rodzin w funkcji socjalnej, wychowawczej i opiekuńczej (Rehabilitacja Społeczna), poprzez:
   - wsparcie osób niepełnosprawnych w rehabilitacji społecznej;
   - udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym, dotychczas będących poza systemem rehabilitacji społecznej;
   - wsparcie edukacji osób niepełnosprawnych;
   - doskonalenie systemu informacji w rozwiązywaniu problemów osób niepełnosprawnych/ pracodawców / opiekunów.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych są przepisy prawa, w tym:
   - art. 9 ust. 2 lit. b i h, Art. 6 ust. 1 lit. c. ,Art. 9 ust.1 lit. h , Art. 9 ust.1 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
   - ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”;
   - dane mogą również być przetwarzane na podstawie przepisów innych ustaw i rozporządzeń krajowych, z których wynikają zadania w zakresie aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych oraz ustawy i rozporządzenia, z których wynikają zadania z dziedziny ubezpieczeń społecznych lub zabezpieczenia społecznego.
5. Dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom uprawnionym na mocy przepisów prawa.
6. Państwa dane osobowe w zależności od sprawy będą przetwarzane przez okres wynikający z przepisów prawa, w szczególności wynikających z 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.
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości realizacji usługi, o którą się Państwo staracie.
8. Przysługuje Państwu prawo do:
   a. dostępu do swoich danych (na zasadach opisanych w art. 15 RODO);
   b. sprostowania swoich danych osobowych (na zasadach opisanych w art. 16 RODO);
   c. żądania usunięcia danych (na zasadach opisanych w art. 17 i 23 RODO
9. Jeżeli Państwa dane osobowe przetwarzane są na podstawie udzielonej przez Państwa zgody, w każdym momencie przysługuje Państwu prawo do cofnięcia zgody oraz do usunięcia danych osobowych, w przypadku, gdy dane osobowe przetwarzamy tylko na podstawie wyrażonej przez Państwa zgody. Cofnięcie zgody nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego Gorzowskie Centrum Pomocy Rodzinie dokonywało do momentu wycofania zgody.
10. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa
11. Pani/Pana dane osobowe nie będą poddane procesowi profilowania.

Zapoznałem(am) się z klauzulą informacyjną .....

data i podpis

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego)

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko..... .....
PESEL ……. .....
Adres zamieszkania*.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:**

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

.....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

☐ NIE

☐ TAK – uzasadnienie

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Uwagi:

.....
.....
.....
.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć.

....
(data) *(pieczątka i podpis lekarza)*