

.....
Nr sprawy

.....
Data wpływu

**Wniosek
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

Dane dotyczące osoby ubiegającej się o dofinansowanie (osoba niepełnosprawna)

Imię i nazwisko.....

Numer ewidencyjny Powszechnego Elektronicznego Systemu Ewidencji Ludności (PESEL) albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres miejsca zamieszkania (lub pobytu)¹ .../.../ - .../.../.../.....

Data urodzenia

Numer telefonu²

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO LUB PEŁNOMOCNIKA

(wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy osoba ubiegająca się o dofinansowanie jest: osoba niepełnoletnia / ubezwłasnowolniona częściowo / ubezwłasnowolniona całkowicie lub gdy osoba ubiegająca się o dofinansowanie ustanowiła pełnomocnika)

Imię i nazwisko

Adres korespondencyjny.../.../ - .../.../.../.....

Numer telefonu²

POSIADANE ORZECZENIE O³:

- 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 TURNUSU REHABILITACYJNEGO ZE ŚRODKÓW PFRON³ TAK (podać rok) NIE

JESTEM ZATRUDNIONY/A W ZAKŁADZIE PRACY CHRONIONEJ³ TAK NIE

¹ Miejszem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu / w przypadku osób bezdomnych lub osób niepełnosprawnych pozostających pod opieką - należy wpisać miejsce pobytu. Adres ten jest również adresem korespondencyjnym (nie dot. przypadku, gdy w postępowaniu występuje przedstawiciel ustawowy / pełnomocnik).

² Podanie numeru telefonu jest dobrowolne i służy wyłącznie do ewentualnego kontaktu organu z osobą ubiegającą się o dofinansowanie (lub jej przedstawicielem ustawowym / pełnomocnikiem) do celów związanych z prowadzonym postępowaniem.

³ Właściwe miejsce zaznaczyć stawiając w polu „” znak: „”

JESTEM OSOBĄ UCZĄCĄ SIĘ I NIEPRACUJĄCĄ W WIEKU 16 – 24 LAT³

TAK

NIE

Imię i nazwisko opiekuna
(wypełnić, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

Oświadczenie o wysokości dochodów:

Niniejszym oświadczam, że przeciętny **miesięczny** dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych⁴, podzielony **przez liczbę osób** we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił złotych (**netto**).
(słownie: zł.)
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a), a także że zostałem(a) pouczone(a) o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.⁵

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnej „Informacji o stanie zdrowia” sporządzonej przez lekarza, pod którego opieką się znajduję⁶.

.....
(data)

.....
(podpis)

Do wniosku należy dołączyć:

1. Uwierzytelnioną kopię (kserokopię) aktualnego ostatecznego i prawomocnego orzeczenia stanowiącego podstawę do ubiegania się o dofinansowanie na turnus rehabilitacyjny⁷.
2. Zaświadczenie lekarskie (wypełnione) na turnus rehabilitacyjny.
3. W przypadku, gdy osoba ubiegająca się o dofinansowanie działa przez pełnomocnika lub przedstawiciela ustawowego - oryginał lub urzędowo poświadczony odpis pełnomocnictwa / oryginał lub poświadczoną kopię postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.

Wniosek zakwalifikowano pozytywnie do dofinansowania

.....
(data)

.....
(podpis)

.....
(podpis)

⁴ Zgodnie z ustawą z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 1952 z późn. zm.).

⁵ Art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 1600 z późn. zm.) Kto, składając zeznanie 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.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

⁶ Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

⁷ W przypadku dostarczenia niewiarygodnych kopii – należy przedstawić (*do wglądu*) oryginały. Zgodnie bowiem z art. 76a § 2b zdanie pierwsze ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 2096 z późn. zm.; dalej: k.p.a.) - upoważniony pracownik organu prowadzącego postępowanie, któremu został okazany oryginał dokumentu wraz z odpisem, na żądanie strony, poświadczają zgodność odpisu dokumentu z oryginałem. (UWAGA: pracownik organu nie jest uprawniony do poświadczania pełnomocnictw – art. 33 § 3 k.p.a.)

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O DOFINANSOWANIE DO UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM

I.

[Administrator danych osobowych]

1. **Administratorem danych** osobowych (dalej: ADO) jest: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Będzinie (PCPR) z siedzibą w Będzinie (42-500 Będzin), ul. Ignacego Krasickiego 17, reprezentowane przez Dyrektora PCPR.
2. **Użytkownicy mogą** się kontaktować z administratorem:
 - 1) **korespondencyjnie** na wskazany powyżej adres organu;
 - 2) **e-mailowo** na adres: pcprbedzin@powiat.bedzin.pl

II.

[Cele, podstawy prawne oraz okres retencji danych osobowych]

1. **Dane osobowe** przetwarzane są w celu prowadzenia postępowania w sprawie przyznania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do turnusów rehabilitacyjnych tj.: - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b 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 (Dz. Urz. UE L 2016, Nr 119, s.1), w związku z art. 10c oraz 10d ust. 8 pkt 2, a także art. 35a ust. 1 pkt 7 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.).
2. **Mogą również** wystąpić przypadki, w których organ zwróci się o wyrażenie zgody - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO – na przetwarzanie danych osobowych w określonym celu i zakresie – w tym celu zostaną Państwo poproszeni o wyrażenie zgody.
3. **Dane osobowe** będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania – zgodnie z terminami archiwizacji określonymi przez ustawy kompetencyjne lub ustawę z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 217 z późn. zm.) w tym rozporządzenie 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 (Dz. U. z 2011 r. Nr 14 poz. 67 z późn. zm.). Oznacza to, że dane osobowe mogą zostać zniszczone po upływie od 5 do 50 lat, zależnie od kategorii archiwalnej danej sprawy.

III.

[Odbiorcy danych użytkowników]

Dane osobowe nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim, nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej. Odbiorcami danych będą tylko organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach wynikających z przepisów prawa powszechnie obowiązującego;

IV.

[Prawa osób, których dane osobowe dotyczą]

1. **Każda osoba**, której dane dotyczą, ma prawo:
 - 1) **dostępu** – uzyskania od ADO potwierdzenia, czy przetwarzane są jej dane osobowe. Jeżeli dane o osobie są przetwarzane, jest ona uprawniona do uzyskania dostępu do nich oraz uzyskania następujących informacji:
 - a) **o celach** przetwarzania,
 - b) **kategoriach danych** osobowych,
 - c) **odbiorcach lub** kategoriach odbiorców, którym dane zostały lub zostaną ujawnione,
 - d) **o okresie** przechowywania danych lub o kryteriach ich ustalania,
 - e) **o prawie** do żądania sprostowania,
 - f) **usuwania lub** ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - g) **wniesienia sprzeciwu** wobec przetwarzania.
 - 2) **do otrzymania** kopii danych – uzyskania kopii danych podlegających przetwarzaniu; przy czym pierwsza kopia jest bezpłatna, a za kolejne ADO może nałożyć opłatę w rozsądnej wysokości, wynikającą z kosztów administracyjnych;
 - 3) **do sprostowania** – żądania sprostowania dotyczących jej danych osobowych, które są nieprawidłowe, lub uzupełnienia niekompletnych danych;
 - 4) **do usunięcia** danych – żądania usunięcia jej danych osobowych, jeżeli ADO nie ma już podstawy prawnej do ich przetwarzania lub dane nie są już niezbędne do celów przetwarzania;
 - 5) **do ograniczenia** przetwarzania – żądania ograniczenia przetwarzania, gdy:
 - a) **osoba, której** dane dotyczą, kwestionuje prawidłowość danych osobowych – na okres pozwalający ADO sprawdzić prawidłowość tych danych,
 - b) **przetwarzanie jest** niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się ich usunięciu, żądając ograniczenia ich wykorzystywania,
 - c) **ADO nie** potrzebuje już tych danych, ale są one potrzebne osobie, której dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń,

d) osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania – do czasu stwierdzenia, czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie ADO są nadrzędne wobec podstaw sprzeciwu osoby, której dane dotyczą;

6) do przenoszenia danych – otrzymania w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego danych osobowych jej dotyczą, które dostarczyła ADO, oraz żądania przesłania tych danych innemu ADO, jeżeli dane są przetwarzane na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, lub umowy z nią związane oraz jeżeli dane są przetwarzane w sposób zautomatyzowany;

7) do sprzeciwu – wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania jej danych osobowych w prawnie uzasadnionych celach ADO, z przyczyn związanych z jej szczególną sytuacją, w tym wobec profilowania. Wówczas ADO dokonuje oceny istnienia ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osób, których dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń. Jeżeli zgodnie z oceną interesy osoby, której dane dotyczą, będą ważniejsze od interesów ADO, ADO będzie zobowiązany zaprzestać przetwarzania danych w tych celach;

8) cofnięcia zgody – w każdym momencie i bez podawania przyczyny, lecz przetwarzanie danych osobowych dokonane przed cofnięciem zgody nadal pozostanie zgodne z prawem. Cofnięcie zgody spowoduje zaprzestanie przetwarzania przez administratora danych osobowych w celu, w którym zgoda ta została wyrażona.

2. Aby skorzystać z wyżej wymienionych praw, osoba, której dane dotyczą, powinna skontaktować się (wykorzystując podane dane kontaktowe) z ADO i poinformować go, z którego prawa i w jakim zakresie chce skorzystać. ADO informuje również czy w danym przypadku istnieje możliwość skorzystania przez osobę, której dane dotyczą z jednego z powyższych praw.

V.

[Inspektor ochrony danych]

W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Będzinie został wyznaczony Inspektor ochrony danych (dalej: IOD). Kontakt z IOD jest możliwy e-mailowo pod adresem poczty elektronicznej: inspektor_pcpr@powiat.bedzin.pl. lub poprzez adres korespondencyjny niniejszego organu z dopiskiem: Inspektor ochrony danych. IOD udziela informacji dotyczących sposobu i zakresu przetwarzania danych osobowych zakresie działania organu, a także o prawach przysługujących osobom których dane są przetwarzane.

VI.

[Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych]

Osoba, której dane dotyczą ma prawo wnieść skargę do organu nadzoru, którym w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

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

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania*.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> inne (jakie?) | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**:

- Nie
 Tak – uzasadnienie

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

Uwagi :

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

* W przypadku osoby bezdomnej lub pozostającej pod opieką wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe miejsce zaznaczyć stawiając w polu „□” znak: „☒”

.....
Data

.....
pieczęćka i podpis lekarza