

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

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Adres do korespondencji

Telefon kontaktowy

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

Posiadane orzeczenie*:

- a/ o stopniu niepełnosprawności: Znacznym Umiarkowanym Lekkim
b/ o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów: I II III
c/ 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 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 zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

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) o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

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

.....
Data

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

Wypełnia PCPR

.....
Data wpływu wniosku do PCPR

.....
Pieczęć PCPR i podpis pracownika

* właściwe zaznaczyć

** dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

Załącznik do wniosku:

1. KOPIA ORZECZENIA (oryginał do wglądu),

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:

- Nie
- Tak - uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** właściwe podkreślić

Przedstawiciel ustawy dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej, (przedstawiciel ustawy, opiekun prawny lub pełnomocnik)*

.....PESEL:

(imię i nazwisko)

adres zamieszkania

nr telefonu

ustanowiony opiekunem prawnym/pełnomocnikiem* postanowieniem Sądu Rejonowego w z dniasyg. Akt/..... na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia

.....
data

.....
podpis przedstawiciela ustawowego*,
opiekuna prawnego*,
pełnomocnika*

Załączniki wymagane do wniosku (ORYGINAŁY DO WGLĄDU):

| L.p. | Nazwa załącznika | wypełnia PCPR | | |
|------|--|----------------------|-------------|-------------------|
| | | Załączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia |
| 1. | Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego | tak/nie | tak/nie | |
| 2. | Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym lub pełnomocnictwa notarialnego | tak/nie | tak/nie | |
| 3. | klauzula zgody o przetwarzaniu danych osobowych | tak/nie | tak/nie | |

Wniosek kompletny:

| | | | |
|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| tak | <input type="checkbox"/> | nie | <input type="checkbox"/> |
|-----|--------------------------|-----|--------------------------|

Adnotacje urzędowe:

Dzierżoniów, dnia

/podpis pracownika weryfikującego wniosek/

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Informacja o stanie zdrowia

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres

Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

Choroby współistniejące, przebyte operacje

.....
.....

Uczulenia

.....
.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie); zaopatrzenie ortopedyczne

.....
.....

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych

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

Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16 roku życia

.....
.....

Szczepienia ochronne (daty) – dotyczy osób do 16 roku życia

.....
.....

.....
Data

.....
Pieczęć i podpis lekarza

KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH DLA KLIENTA*

Imię i nazwisko

Adres:.....

Telefon:

Adres e-mail:.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci:

- **mojego numeru telefonu** **tak** **nie**
- **adres e-mail** **tak** **nie**

dla potrzeb efektywnej i sprawnej realizacji złożonego wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, co będzie wpływać na ułatwienie komunikacji z wnioskodawcą.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

Oświadczam, że:

a) zostałam/em poinformowana/y, że udzielona zgoda na przetwarzanie moich danych osobowych może zostać odwołana w dowolnym momencie za pomocą poczty elektronicznej, za pośrednictwem operatora pocztowego lub osobiście w sekretariacie tutejszego Centrum. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem,

b) zostałam/em poinformowana/y, iż Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie i Ochrony Zdrowia w Dzierżoniowie nie może na podstawie niniejszej zgody przetwarzać powyższych danych w sposób naruszający moje dobre imię lub dobra osobiste, a także w zakresie i celu innym niż wskazane powyżej,

c) zostałam/em poinformowana/y, że wyrażenie niniejszej zgody nie zwalnia Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie i ochrony Zdrowia w Dzierżoniowie z obowiązków wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa co do zabezpieczenia przetwarzanych danych oraz ich legalnego przetwarzania,

d) zostałam/em poinformowana/y, że Administratorem moich danych osobowych jest także Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **a szczególnie zasady przetwarzania danych osobowych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zamieszczone są pod adresem: <https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/rodo-w-funduszu/>,**

e) zapoznałam/em się i zaakceptowałam/em Regulamin korzystania z Systemu SOW, w szczególności z Rozdziałem VII – Dane Osobowe. Dokument, o którym mowa dostępny jest pod adresem <https://portal-sow.pfron.org.pl>.

.....
(miejsowość, data, czytelny podpis wnioskodawcy)

* **UWAGA! Wypełnia właściciel nr telefonu i adresu e-mail**