Nr wniosku .....................................................

Przyznane dofinansowanie..............................

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

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

Imię i nazwisko (uczestnika).............................................................................................................

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

Adres zamieszkania\*.....................................................................................................................

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

Data urodzenia..............................................................................................................................

Telefon……………………………………………………………………………………………………………..

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) 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 Tak (podać rok)......................środków PFRON\*\* Nie

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

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

 (wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym 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.

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

W ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Do czasu rozpatrzenia wniosku zobowiązuje się zawiadomić PCPR o zmianach mających wpływ na wydanie informacji o przyznaniu dofinansowania (zmiana, np. miejsca zamieszkania, wysokość dochodu).

Oświadczam, że jest mi wiadomo, że dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego dla osoby niepełnosprawnej przysługuje jeden raz w roku.

Oświadczam, że nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na turnusie rehabilitacyjnym ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.

Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i po podjęciu uchwały przez Radę Powiatu Opoczyńskiego o podziale środków na zadania z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych **na bieżący rok.**

**Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą ul. Kwiatowa 1A, 26-300 Opoczno (Budynek Starostwa Powiatowego)
2. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych w PCPR w Opocznie: iod@pcpropoczno.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań jednostki na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust. 2 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych oraz zgodnie z:

- ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

- ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu
osób niepełnosprawnych.

1. Podane przez Panią/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami Pani/Pana danych mogą być:

 - Podmioty upoważnione do odbioru Pani/Pana danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa;

 - Podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.

1. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji ww. celów przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.
2. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, w przypadku, w którym przetwarzanie Pani/Pana danych odbywa się na podstawie zgody (tj. art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
3. Posiada Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
4. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem prowadzenia sprawy w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Opocznie i wynika z przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit c ogólnego rozporządzenia ws ochrony danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r, informujemy, że dane osobowe podane w niniejszym wniosku o dofinansowanie będą przetwarzane przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Opocznie ul. Kwiatowa 1A, 26-300 Opoczno dla celów prowadzenia postępowania związanego z ubieganiem się o przyznanie dofinansowania. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, jednakże jeżeli chce się Pani/Pan ubiegać o dofinansowanie ze środków PFRON, podanie tych danych jest konieczne na podstawie § 5 ust. 5 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 r. Nr 230, poz. 1694 z późn. zm.).

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

 Data Czytelny podpis wnioskodawcy

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć.

\*\*\* Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

**Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub równoważnego (oryginał do wglądu).
2. Wniosek lekarza, pod którego opieką znajduje się Wnioskodawca o skierowanie na turnus rehabilitacyjny (druk wniosku - załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie).
3. W przypadku wskazania przez lekarza w ww. wniosku konieczność pobytu opiekuna oświadczenie opiekuna.
4. W przypadku osób od 16 do 24 roku życia, uczących się: zaświadczenie potwierdzające, że wnioskodawca jest uczniem lub studentem lub kserokopia legitymacji szkolnej potwierdzającej ten fakt- oryginał do wglądu).

W celu zweryfikowania danych zawartych we wniosku o dofinansowanie – dowód osobisty Wnioskodawcy do wglądu.

**Wypełnia PCPR**

 ........................................................................ ……………………………………………

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