Nr wniosku _____

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 .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania* .....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym .....

POSIADANE ORZECZENIE **

a) o stopniu niepełnosprawności ☐ znacznym ☐ umiarkowanym ☐ lekkim

Numer orzeczenia:

b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów ☐ I ☐ II ☐ III

c) ☐ o całkowitej niezdolności do pracy ☐ 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, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu 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.

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

_____ Data

_____ Podpis

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć.

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

Wypełnia MOPR

_____ data wpływu wniosku do MOPR

_____ podpis pracownika i pieczęć MOPR

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej), opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko: .....
PESEL: .....
Data urodzenia: .....
Adres zamieszkania: .....
Numer telefonu: .....
Adres email: .....
ustanowiony przedstawicielem / opiekunem* / pełnomocnikiem*: .....
.....
postanowieniem Sądu: ..... z dn..... sygn. Akt*: .....
/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*: .....
z dn. ..... repet. Nr .....

_____	_____
data	czytelny podpis przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić

INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE
DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu: .....

Adres e-mail: .....

OŚWIADCZENIE

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych takich jak numer telefonu/e-mail w celu ułatwienia kontaktu z pracownikiem MOPR w Koninie w związku z realizacją złożonego przeze mnie wniosku (na podstawie art. 6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.).

Jest mi wiadomo, że mogę w dowolnym momencie wycofać złożoną zgodę. Wycofanie zgody nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano na podstawie udzielonej zgody przed jej wycofaniem.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

_____	_____
data	czytelny podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić

PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI:

1. Osoba niepełnosprawna dokonuje wyboru ośrodka i organizatora turnusu rehabilitacyjnego, które powinny posiadać aktualny (obejmujący okres trwania turnusu) wpis do rejestru ośrodków i organizatorów oraz upoważnienie do przyjmowania osób niepełnosprawnych z określonymi w orzeczeniu o niepełnosprawności lub we wniosku lekarza dysfunkcjami – schorzeniami.
2. Osoba niepełnosprawna dokonuje rezerwacji turnusu wyłącznie na własną odpowiedzialność, a dokonanie wpłaty zaliczki nie jest podstawą przyznania dofinansowania do uczestnictwa w turnusie.
3. Przyznanie dofinansowanie należy wykorzystać w bieżącym roku.
4. O rezygnacji z przyznanego dofinansowania należy bezzwłocznie na piśmie powiadomić MOPR w Koninie.
5. Wnioski można składać w każdym czasie.
6. **Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i zatwierdzeniu ich podziału przez Radę Miasta Konina.**

_____ _____

data

czytelny podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić

WYMAGANE DOKUMENTY DO WNIOSKU:

1. Kopia aktualnego dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność.
2. O ile będzie dotyczyć: Na wezwanie MOPR dokumenty potwierdzające dane podane we wniosku w szczególności dotyczące: wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (wymienione należy dostarczyć w wyznaczonym przez MOPR terminie, nie dłuższym niż 14 dni licząc od dnia otrzymania wezwania).
3. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej kopię zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego. W przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika kopie pełnomocnictwa poświadczonego przez notariusza.
4. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.
5. W przypadku osób między 18 a 24 rokiem życia dokument potwierdzający kontynuowanie nauki.
6. Klauzula informacyjna.

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art.13 ust.1 i ust.2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest
   a) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą przy Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa,
   b) Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Przyjaźni 5, 62-510 Konin, tel. 63 242 62 32, e-mail: sekretariat@moprkonin.lm.pl
2. Kontakt z inspektorem ochrony danych:
   a) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych: iod@pfron.org.pl, al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel. 22 50 55 500
   b) Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie, Pani Joanna Jaworska: ul. Przyjaźni 5, 62-100 Konin, tel. 63 24 99 671
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez:
   a) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celu zarządzania systemem SOW, monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacji (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e oraz art. 9 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.),
   b) Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w związku ze złożonym wnioskiem o udzielenie pomocy w celu przezwyciężenia trudnej sytuacji życiowej i przyznania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.), w tym w systemie informatycznym SOW (system obsługi wsparcia), który ma usprawnić proces aplikowania o środki PFRON. Regulamin korzystania z systemu SOW dostępny jest pod adresem https://sow.pfron.org.pl.
4. Zakres przetwarzanych Pani/ Pana danych osobowych określony jest przepisami prawa.
5. W przypadku, gdy przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywa się na podstawie zgody (art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano na podstawie udzielonej zgody przed jej cofnięciem.
6. Jeżeli przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie Pani/ Pana zgody, podanie tych danych osobowych administratorowi ma charakter dobrowolny.
7. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być:
   a) podmioty uprawnione na mocy przepisów prawa
   b) podmioty uprawnione na mocy zawartych umów na powierzenie przetwarzania danych osobowych przez administratorów
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.
9. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu określonego w pkt. 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
10. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu.
11. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
12. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie odmowa przyznania wnioskowanych świadczeń.
13. Pani/ Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będzie wobec nich profilowania.

_____	_____
data	czytelny podpis

---
pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres (lub miejsce pobytu w przypadku osoby bezdomnej)

.....

.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*

☐ epilepsja ☐ narząd wzroku ☐ układ krążenia

☐ upośledzenia umysłowe ☐ narząd słuchu ☐ choroby psychiczne

☐ narządu ruchu ☐ inne jakie?) .....

.....

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne:*

☐ oprotezowanie / zaaparatowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)

☐ oprotezowanie / zaaparatowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)

☐ wózek inwalidzki ☐ kule łokciowe ☐ inne (jakie?) .....

.....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym*

☐ Nie

☐ Tak - **uzasadnienie:**

.....

.....

.....

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania)

.....

.....

.....

UWAGI:

.....

.....

....

Data Podpis i pieczątka lekarza

---

* Właściwe zakreślić