**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 albo numer dokumentu tożsamości .................................................................................

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

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

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ...................................................

# POSIADANE ORZECZENIE:\*\*

a) o stopniu niepełnosprawności znacznym umiarkowanym lekkim

Nr orzeczenia:

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, 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 wynosi ………………………………. .

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadomy/(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

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

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

 (data) (czytelny podpis wnioskodawcy, opiekuna

 prawnego, pełnomocnika)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć.

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

**Wypełnia PCPR**

**……………………………………… …………………………………………..**

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

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY**

**(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej,**

**opiekun prawny lub pełnomocnik)**

IMIĘ I NAZWISKO ……………………………………………………………………………………………………………………

PESEL LUB NUMER DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI: …………………………………………………………………….

ADRES ZAMIESZKANIA: …………………………………………………………………………………………………………..

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

DATA URODZENIA: …………………………………………………………………………………………………………………

USTANOWIONY PRZEDSTAWICIELEM\*/OPIEKUNEM\*/PEŁNOMOCNIKIEM\*: …………………………

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

POSTANOWIENIEM SĄDU REJONOWEGO: ……………………………………………………………………………..

Z DN. ……………………………………………………………….. SYGN. AKT\* : ……………………………………………...

/NA MOCY PEŁNOMOCNICTWA POTWIERDZONEGO PRZEZ NOTRIUSZA\*: ……………………………..

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

Z DN. …………………………………………………………………. REPET. NR …………………………………………………

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

 data podpis przedstawiciela ustawowego\*

 opiekuna prawnego\* pełnomocnika\*

\*NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ

**Załącznik nr 2**

**do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej**

**z dnia 15 listopada 2007 r.**

……………………………………………….

(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:\*\***

 dysfunkcja narządu ruchu  dysfunkcja narządu słuchu  dysfunkcja narządu wzroku

 osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim  choroba psychiczna  padaczka

 schorzenia układu krążenia  upośledzenie umysłowe

 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)

**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. | Załącznik nr 1 do wniosku - klauzula o przetwarzaniu danych osobowych | tak/nie | tak/nie |  |

**Wniosek kompletny:**

|  |  |
| --- | --- |
| tak | nie |

**Adnotacje urzędowe:** …………………………………………………………………………………..…….....................

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

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

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

Świdnica, dnia .............................................................................

 */podpis pracownika weryfikującego wniosek/*

**Załącznik nr 1 do wniosku**

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

**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 w Świdnicy 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 w Świdnicy 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 szczegółowe zasady przetwarzania danych osobowych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zamieszczone są pod adresem:** [**https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/rodo-w-funduszu/**](https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/rodo-w-funduszu/)**,**

e) zapoznałam/em sie 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>.

………………………………………………………………………….

 (miejscowość, data, czytelny podpis wnioskodawcy)

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

**KLAUZULA INFORMACYJNA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE.L.2016.119.1) – dalej RODO informuję, że:

1. Administratorem, czyli podmiotem decydującym o tym, jak będą wykorzystywane Pani/Pana dane osobowe, jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Wałbrzyska 15, 58-100 Świdnica. Z Administratorem może się Pani/Pan kontaktować za pomocą operatora pocztowego na adres:
ul. Wałbrzyska 15, 58-100 Świdnica lub za pomocą adresu poczty elektronicznej: e-mail: pcpr@pcpr.swidnica.pl.

**Szczegółowe zasady przetwarzania danych osobowych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zamieszczone są pod adresem:** [**https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/rodo-w-funduszu/**](https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/rodo-w-funduszu/)**.**

2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować za pomocą adresu poczty elektronicznej: e-mail: iod@pcpr.swidnica.pl lub za pomocą operatora pocztowego na adres: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Wałbrzyska 15, 58-100 Świdnica z dopiskiem: „Inspektor Ochrony Danych”.

Może/gą Pani/Pan/Państwo się kontaktować z inspektorem ochrony danych we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem swoich danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących Pani/Panu na podstawie RODO.

3. Pani/Pana/Państwa dane osobowe są przetwarzane w celu prowadzenia spraw o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach realizacji zadań będących w kompetencji Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w tym systemie informatycznym SOW (system obsługi wsparcia). System SOW ma umożliwić Użytkownikowi, stosownie do przyznanych uprawnień, korzystania z poszczególnych Modułów Systemu SOW. **Regulamin korzystania
z Systemu SOW dostępny jest pod adresem** <https://portal-sow.pfron.org.pl>**.**

4. Pani/Pana/Państwa dane osobowe będą przekazywane osobom upoważnionym przez Administratora. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:

a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa,

b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Świdnicy,

c) inne podmioty upoważnione na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa.

d) podmioty, którym przekazanie Pani/Pana /Państwa danych osobowych następuje na podstawie Pani/Pana/Państwa wniosku lub zgody,

e) Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz do celów sprawozdawczych
i ewaluacyjnych.

5. Pani/Pana/Państwa dane osobowe będą przechowywane przez Administratora przez okres niezbędny do realizacji celu określonego w pkt 3, a następnie po tym czasie zgodnie z zatwierdzoną instrukcją archiwalną i jednolitym rzeczowym wykazem akt dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie na mocy przepisów powszechnie obowiązującego prawa.

6. Pani/Pana/Państwa dane osobowe nie są przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy i do organizacji międzynarodowych.

7. Pani/Pana/Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

8. Administrator pragnie zapewnić Panią/Pana/Państwa, że wszystkim osobom, których dane osobowe są przetwarzane przez Administratora, przysługują odpowiednie prawa wynikające z RODO. W związku z tym przysługują Pani/Panu/Państwu prawo dostępu do treści swoich danych w tym prawo do uzyskania kopii tych danych, do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania, przenoszenia, oraz inne uprawnienia w tym zakresie zgodnie z obowiązującymi przepisami.

9. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO, czyli zgody na przetwarzanie danych osobowych, przysługuje Pani/Panu/Państwu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem zgodnie z obowiązującym prawem.

10. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane osobowe dotyczą, podanie przez Panią/Pana/Państwa danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.

11. Ma/cie Pani/Pan/Państwo prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna/cie Pani/Pan/Państwo, iż przetwarzanie dotyczących Pani/Pana/Państwa danych osobowych narusza przepisy RODO.

12. Podanie przez Panią/Pana/Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym i warunkiem zawarcia umowy. Jest/eście Pani/Pan/Państwo zobowiązana/y/i do ich podania lub ich uzupełnienia ze względu na złożony wniosek, a konsekwencją niepodania i nieuzupełnienia danych osobowych będzie pozostawienie sprawy bez rozpatrzenia.

13. Podane przez Panią/Pana/Państwa dane osobowe są przetwarzane w formie papierowej
i elektronicznej (systemy informatyczne Administratora).

14. Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić wszelkie środki fizycznej, technicznej
i organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym czy umyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi obowiązującymi przepisami.