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

*data wpływu wniosku (dzień, m-ąc, rok)*

## Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w sępólnie Krajeńskim

## z siedzibą w więcborku

** ul. Starodworcowa 8,  Tel. 52 389 85 01** [**www.bip.pcprwiecbork.pl**](http://www.bip.pcprwiecbork.pl)**, www.pcprwiecbork.pl**

 **89-410 Więcbork 52 389 75 75 e-mail: poczta@pcprwiecbork.pl**

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 (osoby niepełnosprawnej)..............................................................................................

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

Adres zamieszkania ................................................................................................................................

(w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu)

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

Telefon/adres e-mail …...........................................................................................................................

Ubezwłasnowolniony/a\* 🞏 częściowo 🞏całkowicie 🞏 Nie

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 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)*

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

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia (dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne).

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

 data Podpis Wnioskodawcy/Przedstawiciela ustawowego /

 Opiekuna prawnego/ Pełnomocnika\*

##### Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekuna prawnego lub Pełnomocnika\*\*

............................................................................... , PESEL ..........................................................................

 imię (imiona) i nazwisko

adres zamieszkania ................................................................................................................................................

nr telefonu/adres e-mail .........................................................................................................................................

ustanowiony Opiekunem, postanowieniem Sądu Rejonowego ......................... z dn. ................. sygn. akt ........,

Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .................................................

z dn. ...................................................... repet. nr ..................................................................................................

\* właściwe zaznaczyć

 \*\* właściwe wpisać

**Oświadczam, że:**

* uprzedzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1-3 i art. 233 § 1-3 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeksu karnego (Dz. U. z 2017r., poz. 2204) - dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach
są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni,
* wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych również w zakresie numeru telefonu i/lub adresu e-mail wpisanego we wniosku,
* zapoznałem/am się z zawartą we wniosku informacją o przetwarzaniu danych osobowych oraz zawartym we wniosku pouczeniem.

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

 data Podpis Wnioskodawcy /Przedstawiciela ustawowego /

 Opiekuna prawnego/ Pełnomocnika\*

**Do wniosku należy załączyć:**

1.Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018r., poz. 511 z późn. zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy
w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.

2.Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny/zgodnie z obowiązującym drukiem -zał. nr 1/.

3.Oświadczenie opiekuna osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym/o ile dotyczy/ -zał. nr 2.

4. Zaświadczenie o pobieraniu nauki w przypadku osób w wieku od 16-24 roku życia uczących się i niepracujących.

5.Pełnomocnictwo notarialne lub postanowienie sądu do reprezentowania Wnioskodawcy (w przypadku ustanowienia pełnomocnika lub opiekuna prawnego dla Wnioskodawcy).

**Informacja o przetwarzaniu Twoich danych osobowych:**

Niniejszym informujemy Cię, że zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 2016/679 z 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. U. UE. L. Nr 119 poz. 1 z 2016 r.) - dalej RODO, przetwarzamy Twoje dane osobowe. Szczegóły tego dotyczące znajdziesz poniżej.

**I. Administrator danych osobowych**

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sępólnie Krajeńskim z siedzibą w Więcborku, ul. Starodworcowa 8, 89-410 Więcbork jest Twoim Administratorem danych osobowych.

**II. Inspektor Ochrony Danych**

Wyznaczony został Inspektora Ochrony Danych, z którym możesz się skontaktować w sprawach ochrony swoich danych osobowych i realizacji swoich praw w formie pisemnej.

**Dane kontaktowe:**

Małgorzata Jasiniewska

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sępólnie Krajeńskim z siedzibą w Więcborku
Starodworcowa 8 89-410 Więcbork, e-mail: iod@pcprwiecbork.pl

**III. Cele i podstawy przetwarzania**

Celem przetwarzania Twoich danych osobowych jest realizacja ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018r., poz. 511 z późn. zm.):

- na podstawie Twojej zgody (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. a RODO);

- na podstawie obowiązku wynikającego z przepisu prawa (podstawa z art.6 ust. 1 lit. c RODO).

**IV. Odbiorcy danych**

Na podstawie obowiązujących przepisów prawa, jeśli będzie to konieczne, Pana/Pani dane będą udostępniane innym administratorom, podmiotom przetwarzającym oraz osobom upoważnionym do przetwarzania danych osobowych, które muszą mieć dostęp do danych, aby wykonywać swoje obowiązki. Wymienieni odbiorcy danych zostaną zobowiązani do zachowania danych osobowych w poufności w procesie ich przetwarzania.

**V. Przekazywanie danych do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych**

Nie przekazujemy Twoich danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

**VI. Okres przechowywania danych**

Dane osobowe będą przechowywane przez okres wyznaczony przepisami prawa, w tym przez okres wskazany w Instrukcji kancelaryjnej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Sępólnie Krajeńskim z siedzibą w Więcborku.

**VII. Twoje prawa:**

Przysługuje Ci:

a. prawo dostępu do swoich danych,

b. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych,

c. prawo do usunięcia danych:

Jeżeli Twoim zdaniem nie ma podstaw do tego, abyśmy przetwarzali Twoje dane, możesz zażądać, abyśmy je usunęli.

d. ograniczenia przetwarzania danych:

Możesz zażądać, abyśmy ograniczyli przetwarzanie Twoich danych osobowych wyłącznie do ich przechowywania lub wykonywania uzgodnionych z Tobą działań, jeżeli Twoim zdaniem mamy nieprawidłowe dane na Twój temat lub przetwarzamy je bezpodstawnie; lub nie chcesz, żebyśmy je usunęli, bo są Ci potrzebne do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń; lub na czas wniesionego przez Ciebie sprzeciwu względem przetwarzania danych.

e. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych:

Sprzeciw z uwagi na szczególną sytuację. Masz także prawo sprzeciwu wobec przetwarzania Twoich danych na podstawie prawnie uzasadnionego interesu w celach innych niż marketing bezpośredni, a także, gdy przetwarzanie jest nam niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym. Powinnaś wtedy wskazać nam Twoją szczególną sytuację, która Twoim zdaniem uzasadnia zaprzestanie przez nas przetwarzania objętego sprzeciwem. Przestaniemy przetwarzać Twoje dane w tych celach, chyba że wykażemy, że podstawy przetwarzania przez nas Twoich danych są nadrzędne wobec Twoich praw lub też, że Twoje dane są nam niezbędne do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

f. prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego:

Jeżeli uważasz, że przetwarzamy Twoje dane niezgodnie z prawem, możesz złożyć w tej sprawie skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych lub innego właściwego organu nadzorczego.

g. prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych:

W każdej chwili masz prawo cofnąć zgodę na przetwarzanie tych danych osobowych, które przetwarzamy na podstawie Twojej zgody. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Twojej zgody przed jej wycofaniem.

**VIII. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych**

Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym lub warunkiem zawarcia umowy. Konsekwencją ich niedopełnienia będzie brak możliwości realizacji Twojej sprawy. Ponadto Twoje dane osobowe nie będą przetwarzane dla zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym o profilowaniu.

**POUCZENIE:**

1. Wniosek o udzieleniu dofinansowania należy składać w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Więcborku, ul. Starodworcowa 8, 89-410 Więcbork na właściwym druku wraz z kompletem wymaganych załączników.
2. Osoba niepełnosprawna może złożyć wniosek w każdym czasie.
3. Wniosek w imieniu Wnioskodawcy może złożyć przedstawiciel ustawowy, prawny opiekun ustanowiony postanowieniem Sądu lub pełnomocnik ustanowiony notarialnie.
4. Osoba niepełnosprawna może ubiegać się o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie pod warunkiem, że:
5. posiada ważne orzeczenie, o którym mowa w art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych lub orzeczenia traktowanego na równi z tym orzeczeniem,
6. została skierowana na turnus rehabilitacyjny na wniosek lekarza, pod którego opieką się znajduje,
7. w roku, w którym ubiega się o dofinansowanie, nie uzyskała na ten cel dofinansowania ze środków Funduszu,
8. weźmie udział w turnusie, który odbędzie się w ośrodku wpisanym do rejestru ośrodków, prowadzonego przez wojewodę, albo poza takim ośrodkiem, w przypadku gdy turnus jest organizowany w formie niestacjonarnej,
9. wybierze organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusów,
10. będzie uczestniczyła w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybrała,
11. nie będzie pełniła funkcji członka kadry na turnusie ani nie będzie opiekunem innego uczestnika tego turnusu,
12. złoży oświadczenie o wysokości dochodu obliczonego zgodnie z art. 10e ust. 1 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wraz z informacją o liczbie osób we wspólnym gospodarstwie domowym,
13. w przypadku turnusu, którego program przewiduje także zabiegi fizjoterapeutyczne, przedstawi podczas pierwszego badania lekarskiego na turnusie zaświadczenie o aktualnym stanie zdrowia, a w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach.
14. Dofinansowanie do pobytu na turnusie rehabilitacyjnym opiekuna może być przyznane osobie niepełnosprawnej o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo równoważnym oraz osobie niepełnosprawnej w wieku do 16 lat pod warunkiem, że:
	1. wniosek lekarza, zawiera wyraźne wskazanie wraz z uzasadnieniem konieczności pobytu opiekuna,
	2. opiekun:

 - nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,

 - nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,

 - ukończył 18 lat,

 - ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

1. Wnioski rozpatrywane są w miarę posiadanych środków finansowych, po zatwierdzeniu przez Radę Powiatu w drodze uchwały zadań, na które przeznacza się w danym roku środki finansowe.
2. W wyjątkowych i szczególnych przypadkach istnieje możliwość rozpatrzenia wniosku w trybie wcześniejszym pod warunkiem otrzymania z PFRON zaliczki, umożliwiającej bieżące finansowanie zadania.
3. Wnioskodawcy, któremu nie zostało przyznane dofinansowanie z powodu niewystarczającej wysokości środków Funduszu przeznaczonych na dofinansowanie do uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych w roku rozpatrywania wniosku, mogą wystąpić o dofinansowanie ponownie, składając nowy wniosek wraz z wymaganymi załącznikami.
4. W przypadku, gdy PCPR poweźmie wątpliwości odnośnie do podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, wzywa Wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.