



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Miejski Ośrodek Pomocy
Społecznej w Zielonej Górze
Dział Rehabilitacji Zawodowej
i Społecznej
tel. (68) 411-51-15
tel. (68) 411-51-89

WNIOSEK

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

A. DANE WNIOSKODAWCY:

Imię i nazwisko

PESEL Data urodzenia

Adres zamieszkania

B. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (dla małoletniego wnioskodawcy), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA:

Imię i nazwisko

PESEL Data urodzenia

Adres zamieszkania

C. DANE KONTAKTOWE:

Telefon (podanie numeru telefonu jest dobrowolne)

Uwaga

Podanie numeru telefonu jest dobrowolne. Nie podanie numeru telefonu może utrudnić kontakt w przypadku konieczności dokonania uzupełnień bądź korekt do wniosku. W związku z faktem, iż podstawą do przetwarzania jest Pana/i zgoda, potwierdzona dobrowolnym uzupełnieniem numeru telefonu, ma Pan/i prawo do jej wycofania w dowolnym momencie. W celu wycofania zgody na przetwarzanie Pana/i numeru telefonu należy skontaktować się z nami pisząc na adres mailowy iod@mops.zgora.pl bądź kontaktując się drogą telefoniczną na numer 68 411 50 00. Skorzystanie z prawa cofnięcia zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce przed jej wycofaniem.

D. POSIADANE ORZECZENIE (należy zaznaczyć tylko jedną opcję, zgodnie z treścią orzeczenia Wnioskodawcy):

- a) o stopniu niepełnosprawności: znacznym umiarkowanym lekkim
- b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów: I grupa II grupa III grupa
- 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

E. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O DOCHODACH:

Ja, niżej podpisany/-a, pouczony/-a o odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 297 § 1 Kodeksu karnego, stosownie do art. 75 § 2 Kpa oświadczam, że miesięczny dochód** na jednego członka rodziny wynosi zł (słownie:.....)

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy/opiekuna/
pełnomocnika/przedstawiciela ustawowego)

F. INNE INFORMACJE

a) korzystałem/am z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON:

TAK (podać rok) NIE

Weryfikacja z ewidencji
MOPS (wypełnia pracownik):

b) jestem zatrudniony/a w zakładzie pracy chronionej:

TAK NIE

c) jestem osobą w wieku 16-24 lat uczącą się i niepracującą:

TAK NIE

d) planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

e) imię i nazwisko opiekuna

(wypełnić, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Klauzuli RODO.

Klauzula RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tożsamość administratora

Administratorem państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył Inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania

RODO – Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,

6) na podstawie art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora
Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.
Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych
Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy/opiekuna/
pełnomocnika/przedstawiciela ustawowego)

Informacje dla wnioskodawcy

****Uwaga! Przeciętny miesięczny dochód** – średni miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń: emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek. Przy ustalaniu dochodu w rodzinie Wnioskodawcy, **nie uwzględnia się** zasiłków pielęgnacyjnych.

Wnioskodawca zobowiązany jest na żądanie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów. Jeżeli MOPS poweźmie wątpliwość odnośnie informacji podanych we wniosku (w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym), wzywa wnioskodawcę do złożenia wyjaśnień w sprawie.

Wnioski o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych zostaną rozpatrzone po otrzymaniu limitu środków finansowych na rok bieżący i dokonaniu podziału środków na poszczególne zadania przez Radę Miasta Zielona Góra.

Wyszukiwarka ośrodków, w których mogą być organizowane turnusy rehabilitacyjne jest dostępna na Portalu Informacyjno-Usługowym „emp@tia”: www.empatia.mpips.gov.pl

Co należy dołączyć do wniosku?

1. "Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny" wraz ze wskazaniem, czy konieczny jest udział opiekuna. Wniosek sporządza lekarz, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna
2. **KOPIĘ ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB ORZECZENIA RÓWNOWAŻNEGO**
3. zaświadczenie ze szkoły/uczelni lub ksero legitymacji potwierdzającej naukę w przypadku osoby uczącej się i niepracującej w wieku 16-24 lata
4. kserokopię wyroku o ustanowieniu opiekuna prawnego/pełnomocnictwa notarialnego w przypadku gdy w imieniu osoby niepełnosprawnej działa inna osoba

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego)

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania*

.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:**

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:

- Nie
- Tak – uzasadnienie:
-
-
-
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwie zaznaczyć