

VII-610-...../26

**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

Nr telefonu..... Adres e-mail.....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE ** (dołączyć kserokopię)

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)

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)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie 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 Notariusza *:

.....

z dn. repet. nr.....

.....

.....

data

.....

podpis
przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*
pełnomocnika *

* niepotrzebne skreślić

* dołączyć kopię pełnomocnictwa lub odpisu decyzji sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.

OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu: Nie Tak
2. Oświadczam, że korzystałem z dofinansowania z PFRON: Nie Tak
3. Oświadczam, że korzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników: Nie Tak
4. Oświadczam, że jestem osobą uczącą się i niepracującą w wieku 16-24 lat: Nie Tak
5. Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia: Nie Tak
6. Zapoznałem/am się z zasadami realizacji wnioskowanego zadania: Nie Tak
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: Nie Tak
8. Nie mam zaległości wobec PFRON oraz że nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: Nie Tak
9. Będę uczestniczył/a w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybrałem/am: Nie Tak
10. Zostałem/am poinformowany, że złożony przeze mnie wniosek o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym będzie rozpatrzony po podjęciu przez Radę Powiatu Nowosądeckiego uchwały o podziale limitu środków na rok bieżący: Nie Tak

Informacja dotycząca dostępu do informacji o przetwarzaniu danych osobowych:

Zostałem(-am) poinformowany(-a) o możliwości zapoznania się z treścią klauzuli informacyjnej, o jakiej mowa w art. 13 i art.14 rozporządzenia 2016/679, w tym z informacją o celach i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

Informacje te są dostępne na stronie internetowej www.bip.malopolska.pl/pcprnowysacz,m,338752,rodo.html oraz w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Sączu. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2019.1781 t.j.)

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Podpis Wnioskodawcy

Wymagane załączniki do wniosku :

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik.
2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus.
3. W przypadku gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika do wniosku należy dołączyć kopię pełnomocnictwa lub odpisu decyzji sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.