Wniosek

data wpływu

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

(dane osoby niepełnosprawnej, wypełnia osoba niepełnosprawna lub opiekun prawny)

Imię i Nazwisko.....

PESEL .....**data urodzenia** ……**nr telefonu**……..**E- mail**……..

Adres zamieszkania * .....

Adres korespondencyjny ……..……

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ……

POSIADANE ORZECZENIE:**

A) o stopniu niepełnoprawności □ znacznym □ umiarkowanym □ lekkim

B) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów □ I (pierwszej) □ II (drugiej) □ III (trzeciej)

C) □ o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji □ o niezdolności do samodzielnej egzystencji

□ o całkowitej □ o częściowej niezdolności do pracy □ inne

D) □ o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

ORZECZENIE ** CZASOWE ☐ **DO DNIA** ……., **ORZECZENIE STAŁE** ☐

Korzystałem(am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON ******

NIE ☐ **TAK** ☐ podać rok……

Jestem zatrudniony(a) w zakładzie pracy chronionej****** **NIE** ☐ **TAK** ☐

Jestem zatrudniony(a)(dotyczy osób pomiędzy 16 a 24 rokiem życia) ****** **NIE** ☐ **TAK** ☐

Imię i nazwisko opiekuna ……

(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna na turnusie)

OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ

Nazwisko i imię	Wiek	Pokrewieństwo	Dochód miesięczny netto
1.		**WNIOSKODAWCA**	
2.			
3.			

LICZBA OSÓB W GOSPODARSTWIE DOMOWYM : ……

(podać liczbę)

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 **wynosi na osobę :** ……

(podać kwotę na osobę)

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

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku zgodnie z ustawą z dnia 29.081997r. o ochronie danych osobowych(t.j.Dz.U.2016 poz 922.)

Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (t.j.Dz. U 2016 poz.1137.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

…… ……

data czytelny podpis wnioskodawcy**

(lub przedstawiciela ustawowego** /opiekuna prawnego** /pełnomocnika**)

WYPEŁNIA PCPR: Kwoty dofinansowania:

Wnioskodawca: ……..

Opiekun: …….

Data……

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć

……..

(*pieczęć PCPR i podpis pracownika)*

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

……/ ……/ ……
nazwisko *imię* *data urodzenia*

nr PESEL .....

Adres zamieszkania nr kodu .....-..... miejscowość .....

ulica ..... nr domu .....nr lokalu .....

ustanowiony 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

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ NA TURNUSIE REHABILITACYJNYM

(<u>UWAGA: WYPEŁNIA OPIEKUN</u> jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna na turnusie **)**

Imię i Nazwisko……

PESEL ..... …….**nr.telefonu**…….

Adres zamieszkania nr kodu .....-..... miejscowość .....

ulica ..... nr domu .....nr lokalu .....

Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań (art. 233 Kodeksu Karnego, w związku z art.75kpa)

1. Oświadczam, że będę opiekunem osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym.
2. Oświadczam, że nie będę pełnił funkcji członka kadr na turnusie.
3. Jestem osobą pełnoletnią *
   lub
   ukończyłam(em) 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym z osobą niepełnosprawną członkiem rodziny*
4. Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego jako osoba niepełnosprawna oraz nie ubiegam się o takie dofinansowanie.
5. Oświadczam, że nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku zgodnie z ustawą z dnia 29.08.97r. o ochronie danych osobowych (t.j.Dz.U.2016 poz.922)

…… ……
data podpis opiekuna

……
pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Nazwisko i imię wnioskodawcy……

PESEL albo numer dokumentu tożsamości ……..

Adres zamieszkania* ……

RODZAJ SCHORZENIA LUB DYSFUNKCJI **

☐ dysfunkcja narządu ruchu

☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

☐ dysfunkcja narządu słuchu

☐ dysfunkcja narządu wzroku

☐ upośledzenie umysłowe

☐ choroba psychiczna

☐ padaczka

☐ schorzenie układu krążenia

☐ inne (jakie?) ……..

……..

KONIECZNOŚĆ POBYTU OPIEKUNA NA TURNUSIE:

☐ NIE

☐ TAK – uzasadnienie ……..

……
……
……
……
……

UWAGI:

……
……
……
……

…… . ……

(data) (pieczątka i podpis lekarza)

---

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
** Właściwe zaznaczyć

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

- kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (oryginał do wglądu),
- WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY winien być sporządzony nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą złożenia wniosku,
- kopia legitymacji szkolnej (oryginał do wglądu), bądź zaświadczenie o pobieraniu nauki dla osób w wieku 16-24 lata uczących się i niepracujących,
- kopia postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu), jeśli wnioskodawca działa poprzez opiekuna prawnego,
- Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych,
- Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych.

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres (miejsce pobytu).....

Rozpoznanie choroby zasadniczej.....
.....
.....
.....
Choroby współistniejące, przebyte operacje.....
.....
.....
.....
Uczulenia.....
.....
.....
Przyjmowane leki (nazwa dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne.....
.....
.....
.....
Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych.....
.....
.....
Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16 r. życia.....
.....
.....
szczepienia ochronne (daty) dotyczy osób do 16 r. życia.....
.....
.....

....

data pieczątka i podpis lekarza

KLAUZULA INFORMACYJNA

O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

W związku z realizacją wymogów Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO"), **informuję o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.**

Poniższe zasady stosuje się począwszy od 25 maja 2018 roku.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Warszawskim Centrum Pomocy Rodzinie jest: **Dyrektor Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Lipińska 2, 01-833 Warszawa.**
2. Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania Warszawskiego Centrum Pomocy Rodzinie, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w WCPR za pomocą adresu **IOD@wcpr.pl.**
3. Administrator danych osobowych – Dyrektor WCPR - przetwarza Pani/Pana **dane osobowe w celu przyznania Wnioskodawcy dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.**
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu/celach:
   1) wypełnienia obowiązków prawnych Administratora,
   2) realizacji umów zawartych z kontrahentami m. st. Warszawy,
   3) w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.
5. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o którym mowa w pkt 4 odbiorcami podanych we Wniosku 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 podpisanych z WCPR przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Dyrektor WCPR.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 4, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
7. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:
   1) prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;
   2) prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
   3) prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym), w przypadku gdy:
      a) dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub w inny sposób przetwarzane,
      b) osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych,
      c) osoba, której dane dotyczą wycofała zgodę na przetwarzanie danych osobowych, która jest podstawą przetwarzania danych i nie ma innej podstawy prawnej przetwarzania danych,
      d) dane osobowe przetwarzane są niezgodnie z prawem,
      e) dane osobowe muszą być usunięte w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa;
   4) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych – w przypadku, gdy:
      a) osoba, której dane dotyczą kwestionuje prawidłowość danych osobowych,
      b) przetwarzanie danych jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane dotyczą, sprzeciwia się usunięciu danych, żądając w zamian ich ograniczenia,
      c) Administrator nie potrzebuje już danych dla swoich celów, ale osoba, której dane dotyczą, potrzebuje ich do ustalenia, obrony lub dochodzenia roszczeń,
      d) osoba, której dane dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych, do czasu ustalenia czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie Administratora są nadrzędne wobec podstawy sprzeciwu;
   5) prawo do przenoszenia danych – w przypadku w przypadku gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:
      a) przetwarzanie danych odbywa się na podstawie umowy zawartej z osobą, której dane dotyczą lub na podstawie zgody wyrażonej przez tę osobę,
      b) przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany
   6) prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych – w przypadku gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:
      a) zaistnieją przyczyny związane z Pani/Pana szczególną sytuacją, w przypadku przetwarzania danych na podstawie zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej przez Administratora,
      b) przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dane dotyczą, wymagające ochrony danych osobowych, w szczególności gdy osoba, której dane dotyczą jest dzieckiem.

8. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby na przetwarzanie danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO), przysługuje Pani/Panu prawo cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, zgodnie z obowiązującym prawem.
9. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w WCPR Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych.
10. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.
11. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.
12. Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

Administrator
danych osobowych

niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Administratora przez Wnioskodawcę we wniosku o pomoc ze środków PFRON.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam niniejszym dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić):

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez Administratora oraz PFRON w celu przyznania dofinansowania ze środków PFRON i potwierdzam zapoznanie się z powyższymi Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych w Warszawskim Centrum Pomocy Rodzinie w ramach udzielania dofinansowań ze środków PFRON, oraz oświadczam, że poinformowano mnie o przysługujących mi prawach.

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY

NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

przez Warszawskie Centrum Pomocy Rodzinie, oraz PFRON

Na podstawie z art. 6 ust. 1 lit a. Rozporządzenia 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 tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych)

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez **Warszawskie Centrum Pomocy Rodzinie**, **oraz PFRON** w celu zrealizowania wniosku z dnia ……. dotyczącego uzyskania dofinasowania ze środków PFRON, do którego dołączam mniejszą zgodę.

Pracownik przyjmujący oświadczenie	Osoba składająca oświadczenie
…….	…….
podpis z datą i pieczątką imienną	czytelny podpis z datą