Załącznik do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa turnusów rehabilitacyjnych

I. Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Rozpatrzeniu będą podlegały jedynie kompletne i prawidłowo wypełnione wnioski.
2. Wszelkie zmiany we wniosku oraz rezygnacje należy zgłaszać w formie pisemnej.
3. W przypadku gdy właściwa jednostka organizacyjna samorządu terytorialnego poweźmie wątpliwość 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.
4. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych dla Powiatu Zgorzeleckiego na dany rok kalendarzowy.
5. Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.
6. Wnioski złożone od stycznia rozpatrywane będą w terminie 30 dni od dnia podjęcia uchwały Rady Powiatu Zgorzeleckiego w sprawie podziału środków finansowych PFRON, przyznanych powiatowi zgorzeleckiemu na poszczególne zadania z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych na dany rok kalendarzowy.

.....	.....	.....
(miejscowość)	(data)	Podpis osoby z niepełnosprawnością lub osoby uprawnionej do składania podpisów w imieniu osoby z niepełnosprawnością.

II. **Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, nie byłam(em) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
2. Ja niżej podpisany(a) pouczony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego* za składanie fałszywych zeznań, składam stosowane do art. 75 § 2 Kodeksu postępowania administracyjnego oświadczenie, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.
   * art.233 § 1 Kodeksu Karnego „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8."

3. ☐ Wyrażam/ ☐ Nie wyrażam zgody na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie adresu e-mail oraz nr telefonu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w celu kontaktu do rozpatrzenia wniosku. Jednocześnie oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y o przysługującym mi prawie wycofania zgody w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

4. Oświadczam, że:

a) wezmę 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;
b) wybiorę organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusów;
c) będę uczestniczył(a) w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybrałem/am;
d) nie będę pełnił(a) funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu;
e) w przypadku turnusu, którego program przewiduje także zabiegi fizjoterapeutyczne, przedstawię podczas pierwszego badania lekarskiego na turnusie zaświadczenie lekarskie o aktualnym stanie zdrowia, w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....	.....	.....
(miejscowość)	(data)	Podpis osoby z niepełnosprawnością lub osoby uprawnionej do składania podpisów w imieniu osoby z niepełnosprawnością

III. Klauzula informacyjna:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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, dalej: RODO) informuję, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zgorzelcu, Boh. II AWP 8, 59-900 Zgorzelec.
2. Administrator danych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, e-mail: iod.pcpr@powiat.zgorzelec.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie przepisów art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. b i h RODO, Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych; Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO w zakresie udzielonej zgody w celu ubieganiem się o dofinansowanie ze środków finansowych PFRON.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa. Ponadto mogą być one ujawniane podmiotom, z którymi Administrator zawarł umowy na świadczenie usług prawnych, IT, serwera mailowego.
5. Ma Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych.
6. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem – przetwarzaniu danych osobowych, mają Państwo prawo do wniesienia z tego tytułu skargi do organu nadzorczego. Adres: Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO), ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel. 22 531 03 00
7. Pani/Pana dane, nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
8. Podanie przez Pani/Pana danych osobowych w zakresie wymaganym prawem jest obligatoryjne. Konsekwencją nie podania wymaganych prawem danych osobowych, będzie brak możliwości skorzystania z pomocy i wsparcia, które oferuje Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zgorzelcu. W pozostałych przypadkach podanie danych jest dobrowolne a zgoda na ich przetwarzania może zostać cofnięta w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody sprzed jej cofnięcia (kontakt listowny na adres Administratora bądź na adres e-mail: iod.pcpr@powiat.zgorzelec.pl).
9. Zgromadzone w toku przetwarzania dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z Instrukcją kancelaryjną obowiązującą w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Zgorzelcu.

.....

Podpis osoby z niepełnosprawnością lub osoby uprawnionej do składania podpisów w imieniu osoby z niepełnosprawnością

Lista załączników – dofinasowanie do turnusów rehabilitacyjnych

1. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego.
2. Pełnomocnictwo lub postanowienie o ustaleniu opiekuna prawnego jeśli taki został ustanowiony.
3. Akt urodzenia lub dokument upoważniający do pełnienia opieki nad dzieckiem w przypadku wniosku dot. niepełnoletniej osoby z niepełnosprawnością.
4. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.
5. Oświadczenie opiekuna osoby z niepełnosprawnością podczas pobytu na turnusie rehabilitacyjnym (jeżeli dotyczy).
6. W przypadku osób niepełnosprawnych w wieku od 16 do 24 lat uczących się i niepracujących: zaświadczenie ze szkoły/ uczelni dot. pobieranej nauki.
7. Oświadczenia.
8. Klauzula informacyjna.

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim.

Imię i nazwisko.....

PESEL albo nr dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania* .....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji **:

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu
  - ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku
- ☐ choroba psychiczna
- ☐ schorzenie układu krążenia
- ☐ dysfunkcja narządu słuchu
- ☐ upośledzenie umysłowe
- ☐ padaczka
- ☐ inne (jakie?) ……

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:

□ Nie
□ Tak – uzasadnienie
.....
.....
.....
.....
.....

Uwagi:
.....
.....
.....

....
Data Podpis i pieczątka lekarza

---

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.
** właściwe zaznaczyć

Oświadczenie opiekuna osoby z niepełnosprawnością podczas pobytu na turnusie rehabilitacyjnym

Ja, niżej podpisana/y..... legitymująca/y się dowodem osobistym seria..... numer ..... PESEL ..... zam. ……

…….....

jako opiekun osoby niepełnosprawnej .....
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

zobowiązuję się do sprawowania nad nią ciągłej opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego.

Oświadczam, że:

1. będąc opiekunem w/w osoby w czasie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym nie będę pełnić funkcji członka kadry na tym turnusie,
2. nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.
3. ukończyłem/am 18 lat

lub

1. ukończyłem/am 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

....

data czytelny podpis opiekuna