

**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
Planowany termin Uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE **

a) o stopniu niepełnosprawności ☐ znacznym ☐ umiarkowanym ☐ lekkim
Numer orzeczenia: 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)

.....
(podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć.

*** Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

Wypełnia MOPR

.....
(data wpływu wniosku)

.....
(pieczęć 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:
.....
Numer telefonu:
Adres email:
Data urodzenia:
ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:
.....
postanowieniem Sądu:
.....
z dn. sygn. Akt*:
..... /na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez
Notariusza*:
.....
z dn. repet. nr
.....

.....
data

.....
(podpis przedstawiciela
ustawowego* opiekuna
prawnego* pełnomocnika*)

Informacje uzupełniające do wniosku
DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu:
Adres e-mail:

.....
(data)

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych:

Ja niżej podpisana, oświadczam, iż zostałam poinformowana, że:

1. Administratorem przekazanych danych osobowych jest Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku z siedzibą przy ul. Słonecznej 15D, 76-200 Słupsk.
2. Inspektorem Ochrony Danych jest Edyta Zubka, z którą można kontaktować się e-mailowo: e.zubka@mopr.slupsk.pl
3. Administrator danych przetwarza dane osobowe w celu realizacji obowiązków wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511, z późn. zm.), w tym Programu „Aktywny Samorząd”.
4. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c) 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).
5. Podanie danych w momencie złożenia wniosku jest wymogiem ustawowym i osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania. Odmowa podania danych osobowych skutkować będzie odmową rozpatrzenia sprawy.
6. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres wynikający z przepisów określonych w pkt 3 oraz z obowiązku ich archiwizowania.
7. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, posiadają prawo dostępu do danych osobowych dotyczących ich osoby, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
8. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
9. Dane osobowe, które są przetwarzane w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Słupsku nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

.....
(Imię i nazwisko oraz data)

uzasadnienie

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

.....

(data)

.....

(pieczętka i podpis lekarza)

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko
PESEL albo numer dokumentu tożsamości
Adres zamieszkania*
.....
Data urodzenia
Rodzaj turnusu:
.....
.....
Termin turnusu: od: do:

Dane organizatora turnusu:

Nazwa i adres z kodem pocztowym:
.....
.....

Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus:

Nazwa i adres z kodem pocztowym:
.....
.....

Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU REHABILITACYJNEGO
(wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora i adres z kodem pocztowym:
.....
.....

Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusów:
Potwierdzam możliwość uczestniczenia Pana/Pani:
wraz z opiekunem* w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?):

.....
w terminie oddo
w ośrodku (nazwa i adres z kodem pocztowym).....
.....

Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków:
.....

Całkowity koszt turnusu dla: osoby niepełnosprawnej zł,
słownie zł
opiekuna osoby niepełnosprawnej*zł,
słownie zł

Zobowiązuję się, w terminie 21 dni od dnia zakończenia turnusu, przestać do MOPR w Słupsku „Informację o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego”, sporządzoną odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania ze środków PFRON.

W przypadku rezygnacji osoby niepełnosprawnej z uczestnictwa w turnusie przed jego rozpoczęciem lub stwierdzenia w wyniku kontroli rażących uchybień w zakresie realizacji turnusu zobowiązuję się do zwrotu 100 % środków, które przekazał MOPR w Słupsku na dofinansowanie uczestnictwa tej osoby i jej opiekuna, w terminie 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu - na rachunek bankowy.

Środki przyznane osobie niepełnosprawnej i jej opiekunowi* proszę przekazać na rachunek bankowy:
.....

.....
(data i podpis organizatora turnusu)

.....
(pieczęć organizatora turnusu)

INFORMACJA O PRZEBIEGU TURNUSU REHABILITACYJNEGO
(wypełnia organizator turnusu)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu:

Adres zamieszkania:*

PESEL albo numer dokumentu tożsamości:

Miejsce turnusu (nazwa ośrodka i adres z kodem pocztowym):

Data rozpoczęcia i zakończenia turnusu:

Rodzaj turnusu (jaki?)

Udział uczestnika w zajęciach przewidzianych programem turnusu (krótki opis rodzaju i charakteru zajęć, w tym liczba godzin oraz uzyskane efekty):

.....
(data)

.....
(imię i nazwisko, podpis kierownika turnusu)

Przeprowadzono badanie lekarskie** ☐ tak ☐ nie
Zastosowano zabiegi fizjoterapeutyczne ☐ tak ☐ nie

jakie zabiegi fizjoterapeutyczne:

Na turnusie obecny był opiekun osoby niepełnosprawnej*** ☐tak ☐nie

opis.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć i wypełnić tylko w przypadku turnusów, których program obejmował zajęcia fizjoterapeutyczne.

*** Opisać rolę opiekuna