

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

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

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*.....

Data urodzenia Telefon.....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE**

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

Do wniosku należy dołączyć kopię posiadanego orzeczenia (oryginał orzeczenia do wglądu).

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)

UWAGA! Opiekunem osoby niepełnosprawnej może być osoba, która ukończyła 18 lat, albo osoba, która ukończyła 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej jeżeli nie pełni funkcji członka kadry na danym turnusie i nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.

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.***

Oświadczam, że nie będę korzystał(a) z dofinansowania ze środków PFRON, jako opiekun osoby niepełnosprawnej na tym turnusie rehabilitacyjnym, ani nie będę pełnił(a) funkcji członka kadry na tym turnusie.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych dotyczących stanu mojego zdrowia w bazie danych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

Oświadczam, że nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Do wniosku należy dołączyć wypełnioną i podpisaną Klauzulę Informacyjną (RODO).

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

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

Wypełnia MOPS

.....
(data wpływu wniosku do MOPS)

.....
(pieczęć MOPS i podpis pracownika)

KLAUZULA INFORMACYJNA dla osoby uczestniczącej w postępowaniu dot. realizacji wniosku o przyznanie środków PFRON

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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuję, że:

- a) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Radomiu z siedzibą przy ul. Limanowskiego 134, 26-600 Radom, zwany dalej „Administratorem”. Obowiązki Administratora danych osobowych przetwarzanych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Radomiu wykonuje Dyrektor MOPS;
- b) może Pani/Pan skontaktować się z Administratorem pisząc na adres: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Radomiu, ul. Limanowskiego 134, 26-600 Radom, lub na adres e-mailowy: sekretariat@mops.radom.pl; Może Pani/Pan skontaktować się z administratorem za pośrednictwem powołanego przez Administratora inspektora ochrony danych pisząc na adres: Inspektor Ochrony Danych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Radomiu, ul. Limanowskiego 134, 26-600 Radom lub adres e-mailowy: iod@mops.radom.pl;
- c) Administrator będzie przetwarzać Pani/Pana dane w celu realizacji wniosku o przyznanie środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie ustawy z dnia 27.08.1997r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych a podstawą prawną przetwarzania jest :
 - art 6 ust 1 lit.c RODO tj przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;
 - art 9 ust2 lit.b RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełniania obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez Administratora lub osobę, której dane dotyczą w dziedzinie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej;
- d) Odbiorcami Pani/Pana danych są także upoważnieni pracownicy Administratora, podmioty którym należy udostępnić dane osobowe w celu wykonywania obowiązku prawnego, a także podmioty przetwarzające dane osobowe w imieniu Administratora tj. podmiot serwisujący programy księgowe u Administratora, podmiot serwisujący i oddający w dzierżawę Administratorowi urządzenia wielofunkcyjne, podmiot świadczący na rzecz Administratora usługę niszczenia dokumentacji spraw zakończonych dla których minął ustawowy okres przechowywania, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych ;
- e) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat i 6 miesięcy, licząc od 1 stycznia następnego roku po ostatecznym załatwieniu sprawy;
- f) w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosownie do art. 22 RODO;
- g) posiada Pani/Pan:
 - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
 - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
 - usunięcia swoich danych osobowych w przypadkach i na zasadach określonych w art. 17 RODO;
 - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO (prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskie);
 - wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy Pan/Pani uzna, że przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych narusza przepisy RODO;
- h) obowiązek podania przez Panią/Pana danych osobowych bezpośrednio Pani/Pana dotyczących jest wymogiem ustawowym określonym w przepisach ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- i) nie przysługuje Pani/Panu:
 - prawo do przenoszenia danych osobowych, o których mowa w art. 20 RODO,
 - na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, gdyż podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit.c i art 9 ust 2 lit.b RODO.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ DOTYCZĄCĄ PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH i otrzymałam/am egzemplarz niniejszej klauzuli.

.....
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

**WNIOSEK W CAŁOŚCI WYPEŁNIA LEKARZ
POD KTÓREGO OPIEKĄ ZNAJDUJE SIĘ OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA**

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

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji: **

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie: **

- ☐ **NIE**
- ☐ **TAK** osoba wymaga opieki na turnusie – wyraźne uzasadnienie konieczności opiekuna

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)