**Wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

Imię i nazwisko Wnioskodawcy..........................................................................................................................

PESEL albo numer dokumentu tożsamości ........................................................................................................

Adres (miejsce pobytu) Sosnowiec, ul. ..............................................................................................................

Data urodzenia ...................................................................................................................................................

Planowany termin uczestnictwa w turnusie (orientacyjny miesiąc) .....................................................................

Numer telefonu kontaktowego ............................................................................................................................

POSIADANE ORZECZENIE **\*proszę doręczyć kserokopię orzeczenia do wniosku**

1. o stopniu niepełnosprawności:  Znacznym  Umiarkowanym  Lekkim
2. o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów:  I  II  III
3.  o całkowitej  o częściowej niezdolności do pracy  o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym  niezdolności do samodzielnej egzystencji
4.  o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

KORZYSTAŁEM(AM) Z DOFINANSOWANIA DO UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM ZE ŚRODKÓW PFRON  Tak (podać rok ostatniego dofinansowania)...........................  Nie

JESTEM ZATRUDNIONY/A W ZAKŁADZIE PRACY CHRONIONEJ  Tak  Nie

JESTEM OSOBĄ W WIEKU 16 -24 LAT UCZĄCĄ SIĘ I NIEPRACUJĄCĄ  Tak  Nie

Imię i nazwisko opiekuna ..................................................................................................................................

**(wypełnić, tylko jeśli lekarz we wniosku lekarskim uznał konieczność pobytu opiekuna)**

Oświadczenie

Oświadczam, że mój przeciętny, miesięczny dochód **(netto)** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił ............................................................................................................................. zł/osobę.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: ...............................................................(podać liczbę).

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz ze jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.\*

……………………………………………

czytelny podpis Wnioskodawcy

\* dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

**------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Wypełnia MOPS:**

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………  data wpływu wniosku do MOPS | ……………………………………………  pieczęć i podpis pracownika MOPS |

Przyznano dofinansowanie  Nie przyznano dofinansowania 

**……………………………………………….......................**

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  □ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim  □ dysfunkcja narządu wzroku  □ choroba psychiczna  □ schorzenie układu krążenia | □ dysfunkcja narządu słuchu  □ upośledzenia umysłowe  □ padaczka  □ inne (jakie?) ………………………. |

**Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:**

□ Nie

□ Tak - Uzasadnienie ...................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................

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

................................................................................................................................................................................................

…….......................... ……. .................................................

data pieczątka i podpis lekarza

\* W przypadku osoby bezdomnej należy wpisać miejsce pobytu

**DANE PRZEDSTAWICIEA USTAWOWEGO** (dla małoletniego wnioskodawcy) LUB

**OPIEKUNA PRAWNEGO** LUB **PEŁNOMOCNIKA \*wypełnić jeżeli występuje**

Imię i nazwisko:…………………………………………………………………….

PESEL ……………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania:………………………………………………………………..

Numer telefonu:…………………………………………………………………….

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), iż w każdym stadium postępowania strona ma prawo czynnego udziału, wypowiedzenia się, co do zebranych dowodów i materiałów oraz przeglądania akt sprawy, zgodnie z art. 10 § 1 oraz art. 73 Kodeksu postępowania administracyjnego.

……………………………………………

czytelny podpis Wnioskodawcy

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ UCZESTNICZĄCEGO W TURNUSIE REHABILITACYJNYM**(wypełnić, tylko jeśli lekarz we wniosku lekarskim uznał konieczność pobytu)

Ja niżej podpisany(a) ..................................................................................................................zwracam się z prośbą o dofinansowanie mojego pobytu

(imię i nazwisko Opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym)

na turnusie rehabilitacyjnym w charakterze opiekuna Pana/i .............................................................................................................................................

(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

Jednocześnie oświadczam, że w roku bieżącym **nie korzystałem/am** z dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych jako uczestnik turnusu rehabilitacyjnego. Ponadto oświadczam, że nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby oraz nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na tym turnusie rehabilitacyjnym. **Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.**

……………………………………………

czytelny podpis Opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym

**DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:**

1. Kserokopię ważnego orzeczenia o niepełnosprawności
2. Kserokopię pełnomocnictwa notarialnego lub wyroku sądu dotyczącego ubezwłasnowolnienia (jeżeli występuje).
3. Zaświadczenie ze szkoły tylko w przypadku osób w wieku 16 -24 lata uczących się i niepracujących

**Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych**

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych informujemy, że:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Sosnowcu przy ul. 3 Maja 33, e-mail: kancelaria@mopssosnowiec.pl;
2. w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Sosnowcu wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych:

* w siedzibie MOPS w Sosnowcu przy ul. 3 Maja 33,
* kierując pisma na adres administratora,
* kierując pisma na elektroniczną skrzynkę podawczą /MOPSSosnowiec/SkrytkaESP;

1. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przyznania dofinansowania zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r.   
   o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, na podstawie obowiązujących przepisów prawa (art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), a także gdy przetwarzanie będzie niezbędne do wypełnienia obowiązków przez administratora w dziedzinie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej (art. 9 ust. 2 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych);
2. Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane następującym odbiorcom danych: podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa w tym PFRON – al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, podmiotom, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych: Tylda Sp. z o.o., ul. Podgórna 43C, 65-213 Zielona Góra, oraz innym podmiotom wspierającym działalność administratora takim jak np. Poczta Polska, podmiot świadczący usługi serwisowe dla Systemu SOW na zlecenie PFRON.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z jednolitego rzeczowego wykazu akt Ośrodka, tj. do zakończenia okresu ich archiwizacji;
4. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania oraz prawo do usunięcia danych po zakończeniu okresu ich przetwarzania;
5. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,   
   00-193 Warszawa, ul. Stawki 2, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy o ochronie danych osobowych;
6. podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej   
   i społecznej oraz zatrudnianiem osób niepełnosprawnych, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie nierozpatrzenie wniosku;
7. Pani/Pana dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również w formie profilowania oraz nie będą przekazane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.