

Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym¹

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

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

Data urodzenia Telefon (informacja dobrowolna)

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE**

a	O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	<input type="checkbox"/> znacznym	<input type="checkbox"/> umiarkowanym	<input type="checkbox"/> lekkim
b	O ZALICZENIU DO JEDNEJ Z GRUP INWALIDÓW	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III
c	<input type="checkbox"/> o całkowitej	<input type="checkbox"/> o częściowej niezdolności do pracy		
	<input type="checkbox"/> o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym	<input type="checkbox"/> o niezdolności do samodzielnej egzystencji		
d	<input type="checkbox"/> 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)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

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

Wypełnia PCPR

ON.4103.TR.....2020

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

¹ Strona 1 wniosku - wzór Dz.U.2007.230.1694

ADRES DO KORESPONDENCJI

Kod pocztowy - Miejscowość

Ulica Nr domu nr m.....

SPOSÓB REPREZENTACJI

- NIE DOTYCZY
- PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY dla osoby niepełnoletniej,
- OPIEKUN PRAWNY, Postanowienie Sądu Rejonowegoz dniasygn. akt
- PEŁNOMOCNIK, pełnomocnictwoz dnia.....

**ADRES ZAMIESZKANIA (patrz objaśnienia)*
PRZEDSTAWICIELA/OPIEKUNA/PEŁNOMOCNIKA**

IMIĘNAZWISKO.....PESEL:

Kod pocztowy - Miejscowość

Ulica Nr domu nr m.....

Gmina.....Powiat.....

Telefon.....e-mail (o ile dotyczy)

ADRES DO KORESPONDENCJI

Kod pocztowy - Miejscowość

Ulica Nr domu nr m.....

Potwierdzenie zgodności danych z dokumentem tożsamości, data i podpis pracownika PCPR.....

OŚWIADCZENIA (należy uzupełnić stawiając x)

- *O wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Raciborzu*

tak, tylko w PCPR w Raciborzu nie

- *Dotyczy osób w wieku 16-24 lata, uczących się i niepracujących*

- Jestem w wieku 16-24 lat tak uczę się tak nie pracuję tak nie dotyczy

PODPIS

Osoby niepełnosprawnej / Przedstawiciela ustawowego /
Opiekuna prawnego / Pełnomocnika

UWAGA, PODPISY NA STRONACH: 1,2,3,5.

KLAUZULA INFORMACYJNA do przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 oraz art. 14 ust. 1 i ust. 2 rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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) informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Klasztorna 6, 47-400 w Raciborzu, z administratorem można się skontaktować poprzez adres email pcpr@pcpr.raciborz.org.pl, tel. 32 415 20 28 lub pisemnie na adres siedziby administratora.
 2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, dane do kontaktu: email iod@pcpr.raciborz.org.pl lub na adres korespondencyjny PCPR w Raciborzu. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
 3. Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych tj. realizacja zadań PCPR z zakresu rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych, wynikających z przepisów prawa tj.: przepisu art. 35a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz.U z 2019 poz. 1172 z późn. zm.), rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz.U. z 2007. nr 230 poz.1694). Przepisy te można znaleźć w Regulaminie Organizacyjnym PCPR w Raciborzu bip.powiatraciborski.pl/pcpr/regulaminy.html.
 4. Złożenie wniosku jest dobrowolne. Podanie wymaganego zakresu danych osobowych w celu podjęcia stosownych działań przez PCPR jest niezbędne, ich niepodanie uniemożliwi realizację wniosku (ewentualnego dofinansowania). Podanie danych również w celu wydania decyzji administracyjnej jest obowiązkiem ustawowym (w przypadku odmowy dofinansowania wydawana jest decyzja), konsekwencje niepodania danych określają przepisy kpa. Pozostałe dane przekazane dobrowolnie nie będą miały wpływu na rozpatrzenie i realizację wniosku. Dane zostały zebrane od osoby składającej wniosek.
 5. Podstawą do przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest realizacją obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów prawa wymienionych w pkt. 3 (podstawa prawna przetwarzania; art. 6 ust. 1 lit. c RODO), w tym wydawanie decyzji administracyjnej zgodnie z przepisami kodeksu postępowania administracyjnego /Kpa/. (w przypadku - odmowy przyznania dofinansowania wydawana jest decyzja administracyjna). Do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, koniecznym i zasadnym jest przetwarzanie przez administratora danych dotyczących zdrowia (szczególna kategoria danych, o której mowa w art. 9. ust 1 RODO) podstawą prawną przetwarzania jest art. 9 ust. 2 lit. b RODO. W pozostałym zakresie, w stosunku do danych dodatkowych, przekazanych w sposób dobrowolny, w szczególności w celu podania dodatkowych danych kontaktowych - podstawą przetwarzania jest Pani/Pana zgoda tj. art.6 ust. 1 lit. a RODO.
 6. Dane osobowe przechowywane są przez okres niezbędny do zrealizowania celów określonych powyżej. Następnie dokumentacja jest archiwizowana zgodnie z instrukcją kancelaryjną obowiązującą w PCPR w Raciborzu (jednolitym rzeczowym wykazem akt) oraz ustawą z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. Aktualnie jest to 10 lat.
 7. Jednocześnie administrator oświadcza, iż
 - Dane mogą być udostępniane jedynie podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy obowiązujących przepisów prawa, w przypadku spraw załatwianych w trybie Kpa także podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów Kpa (w tym stronom postępowania). Przy realizacji wniosku dotyczącego dofinansowania turnusów rehabilitacyjnych dane przekazujemy w szczególności do Starostwa Powiatowego. Jesteśmy również zobowiązani udostępnić państwu dane podmiotom do tego uprawnionym jeżeli się do nas zwróci np. Sąd, Policja.
 - Administrator może powierzyć innemu podmiotowi, w drodze umowy zawartej na piśmie, przetwarzanie danych osobowych w imieniu administratora, przy zachowaniu wszelkich wymogów określonych w art. 28 RODO, w tym: obsługi prawnej, informatycznej, ochrony danych osobowych niszczenia dokumentów,
 - Dane osobowe nie są przekazywane do państw trzecich (poza europejski obszar gospodarczy) ani do organizacji międzynarodowych.
 - W oparciu o podane dane osobowe administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.
 8. Ponadto osobie, której dane dotyczą, przysługują prawa dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, uzupełniania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo, przenoszenia danych /otrzymania ich kopii. Z uprawnień tych może Pani/Pan skorzystać w szczególności :
 - w odniesieniu do dostępu do treści swoich danych –w każdym momencie;
 - w odniesieniu do żądania sprostowania, uzupełnienia danych: gdy zauważy Pani/Pan, że dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
 - w odniesieniu do żądania usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania : np. gdy Pani/Pana dane są nieprawidłowe, gdy są przetwarzane niezgodnie z prawem; lub dane powinny być usunięte;
 - w odniesieniu do żądania przeniesienia danych, gdy przetwarzanie Pani/Pana danych odbywa się na podstawie zgody lub umowy, oraz odbywa się w sposób zautomatyzowany;
 - gdy postawą przetwarzania danych jest Pani/Pana zgoda, zgodę można w każdej chwili wycofać bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. W celu odwołania zgody należy złożyć pisemną informację na adres PCPR w Raciborzu podany powyżej.
 - w przypadku spraw załatwianych w trybie Kpa (prowadzących do wydaniem decyzji administracyjnej): Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz usunięcia danych przetwarzanych bezpodstawnie. Korzystanie z uprawnień przysługujących osobie, której dane dotyczą, realizowane jest w oparciu o zasady i przepisy Kpa . Dostęp do akt postępowania czy sprostowania realizowany jest w oparciu o zasady Kpa.
 9. Niezależnie od praw wymienionych powyżej przysługuje Pani/ Panu również prawo wniesienia skargi w związku z przetwarzaniem przez nas danych osobowych do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych (adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa) - gdy uzna Pani/Pan że przetwarzamy dane osobowe niezgodnie z prawem.
- Oświadczam, że została/em poinformowana/y i przyjmuje powyższe do wiadomości.
- Oświadczam, że zapoznałam/em z klauzulą informacyjną osoby, których dane umieściłam/em we wniosku i znajdują się w załącznikach

PODPIS

Osoby niepełnosprawnej/Przedstawiciela ustawowego/ Opiekuna prawnego / Pełnomocnika
UWAGA, PODPISY NA STRONACH: 1,2,3,5.

OBJASNIENIA

- **Warunkiem uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym jest posiadanie ważnego orzeczenia**, o którym mowa w przepisie art. 1, art. 5 pkt 1a lub przepisie art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed 1 stycznia 1998r. (§ 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz.U. 2007.230.1694),
- Zgodnie z treścią przepisu § 4 ust. 1 rozporządzenia, **osoba niepełnosprawna może ubiegać się o dofinansowanie, pod warunkiem że:**
 - 1) została skierowana na turnus rehabilitacyjny na wniosek lekarza, pod którego opieką się znajduje;
 - 2) w roku, w którym ubiega się o dofinansowanie, nie uzyskała na ten cel dofinansowania ze środków Funduszu;
 - 3) weźmie 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;
 - 4) wybierze organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusów;
 - 5) będzie uczestniczyła w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybrała;
 - 6) nie będzie pełniła funkcji członka kadry na turnusie ani nie będzie opiekunem innego uczestnika tego turnusu;
 - 7) złoży oświadczenie o wysokości dochodu obliczonego zgodnie z art. 10e ust. 1 ustawy wraz z informacją o liczbie osób we wspólnym gospodarstwie domowym;
 - 8) w przypadku turnusu, którego program przewiduje także zabiegi fizjoterapeutyczne, przedstawi podczas pierwszego badania lekarskiego na turnusie zaświadczenie lekarskie o aktualnym stanie zdrowia, w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach.
- Zgodnie z treścią przepisu § 4 ust. 2 rozporządzenia osobie niepełnosprawnej o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo równoważnym oraz osobie niepełnosprawnej w wieku do 16 lat może być przyznane dofinansowanie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym jej opiekuna, pod warunkiem że:
 - 1) wniosek lekarza, o którym mowa w przepisie ust. 1 pkt 1, zawiera wyraźne wskazanie wraz z uzasadnieniem konieczności pobytu opiekuna;
 - 2) opiekun:
 - a) nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
 - b) nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
 - c) ukończył 18 lat lub
 - d) ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.
- Zgodnie z treścią przepisu § 4 ust. 3 rozporządzenia dofinansowanie uczestnictwa osoby niepełnosprawnej w turnusie rehabilitacyjnym może być wykorzystane jedynie przez osobę, której zostało przyznane.
- Zgodnie z treścią przepisu § 4 ust. 4 rozporządzenia W przypadku **skrócenia uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe osoba niepełnosprawna ponosi koszty pobytu na tym turnusie.**
- Zgodnie z treścią przepisu § 4 ust. 5 rozporządzenia w przypadku **skrócenia pobytu opiekuna osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe opiekun ponosi koszty pobytu na tym turnusie.**
- Zgodnie z treścią przepisu § 5 ust. 16 rozporządzenia ze środków Funduszu nie może być dofinansowane uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym finansowanym w części lub w całości na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.
- Zgodnie z treścią przepisu § 7 rozporządzenia **osoba niepełnosprawna, w terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania, nie później jednak niż na 21 dni przed dniem rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego, przekazuje centrum pomocy informację o wyborze turnusu, w którym będzie uczestniczyła.**

WYBÓR WŁAŚCIWEGO OŚRODKA I ORGANIZATORA

- Zgodnie z treścią przepisu § 8 ust 1 rozporządzenia Centrum pomocy po otrzymaniu informacji o wyborze turnusu rehabilitacyjnego w terminie 7 dni sprawdza w rejestrach ośrodków i organizatorów:
 - 1) czy wybrany przez osobę niepełnosprawną ośrodek i organizator tego turnusu posiadają odpowiednio **wpis do rejestru ośrodków i organizatorów**, obejmujący **okres trwania turnusu wybranego przez osobę niepełnosprawną**
 - 2) czy ośrodek, w którym odbędzie się turnus, **jest uprawniony do przyjmowania osób niepełnosprawnych z określonymi w orzeczeniu lub we wniosku lekarskim dysfunkcjami lub schorzeniami** na turnus wybrany przez osobę niepełnosprawną.
 - 3) czy organizator tego turnusu **jest uprawniony do organizowania turnusu wybranego przez osobę niepełnosprawną z określonymi w orzeczeniu lub we wniosku lekarskim dysfunkcjami lub schorzeniami.**
- Zgodnie z treścią przepisu § 8 ust 2 rozporządzenia, **w przypadku niespełnienia któregokolwiek z warunków określonych w ust. 1 CENTRUM POMOCY W TERMINIE 7 DNI INFORMUJE OSOBĘ NIEPEŁNOSPRAWNĄ O KONIECZNOŚCI DOKONANIA WYBORU INNEGO OŚRODKA LUB ORGANIZATORA TURNUSU REHABILITACYJNEGO, POD RYGOREM NIEPRZEKAZANIA PRZYZNANEGO DOFINANSOWANIA.**

MIEJSCE SKŁADANIA WNIOSKU

Osoba niepełnosprawna ubiegająca się o dofinansowanie składa (...) wniosek o dofinansowanie w centrum pomocy właściwym dla miejsca zamieszkania (przepis § 5 ust 1 rozporządzenia).

Osoba niepełnosprawna bezdomna, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, składa wniosek w centrum pomocy właściwym

dla miejsca pobytu (przepis § 5 ust 2 rozporządzenia).

Osoba niepełnosprawna pozostająca pod opieką składa wniosek o dofinansowanie w centrum pomocy właściwym dla miejsca pobytu (przepis § 5 ust 3 rozporządzenia).

MIEJSCE ZAMIESZKANIA Zgodnie z normą kodeksu cywilnego, przepisem art. 25 KC – miejsce w którym stale przebywa z zamiarem stałego pobytu. Ośrodek życia codziennego, w którym skoncentrowane są plany życiowe – osobiste i majątkowe)

DOCHÓD

W rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał (kalendarzowy) poprzedzający miesiąc złożenia wniosku – oznacza to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:

- a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- b) deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,
- c) inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.

Wspólne gospodarstwo domowe – należy rozumieć sytuację, gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny.

Samodzielne gospodarstwo domowe – należy rozumieć sytuację, kiedy wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.

- **Zgodnie z przepisem art. 10 K.p.a. Stronie przysługuje prawo do czynnego udziału w każdym stadium prowadzonego postępowania.**
- **Stosownie do przepisu art. 41 K.p.a. w toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji o każdej zmianie swojego adresu. W razie zaniedbania tego obowiązku doręczenie pisma pod dotychczasowy adres ma skutek prawny. Nieodebrana korespondencję pozostawia się w aktach sprawy ze skutkiem doręczenia.**
- **Wniosek o dofinansowanie rozpatrywany jest w terminie 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku. Jednak w tym terminie wniosek nie będzie mógł zostać rozpatrzony, w sytuacji, kiedy Powiat oczekuje na informację z PFRON o wysokości środków na dany rok – wówczas rozpatrzenie wniosku nastąpi w terminie późniejszym, jednak nie później niż do 29 maja 2020 roku.**
- **Zgodnie z przepisem art. 37 § 1 K.p.a., Stronie przysługuje prawo wniesienia ponaglenia do Samorządowego Kolegium Odwoławczego za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Raciborzu. Ponaglenie składa się w przypadku gdy sprawa nie została załatwiona w terminie albo Organ pozostaje bezczynny.**

Zapoznałam/em się

PODPIS

Osoby niepełnosprawnej / Przedstawiciela ustawowego /
Opiekuna prawnego / Pełnomocnika

UWAGA, PODPISY NA STRONACH: 1,2,3,5.

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1. WYPEŁNIONE WNIOSKI:

- wniosek o dofinansowanie,
- wniosek lekarski.

2. Dokument potwierdzający niepełnosprawność – aktualne, prawomocne orzeczenie o którym mowa w przepisie art. 1, art. 5 pkt 1a lub przepisie art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu),

3. Dowód osobisty (do wglądu),

3. W przypadku osoby w wieku 16-24 lata uczącej się i nie pracującej - dokument potwierdzający kontynuowanie nauki.