

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY:

1. Oświadczam, że nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na tym turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.
2. Oświadczam, że będę uczestniczył/a w zajęciach przewidzianych w programie turnusu.
3. Oświadczam, że 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.
4. Oświadczam, że wybiorę organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusów prowadzonego przez wojewodę.
5. Oświadczam, że wybiorę ośrodek jak i organizatora turnusu posiadających odpowiednio wpis do rejestru ośrodków i organizatorów, obejmujący okres trwania turnusu oraz uprawnienia do przyjmowania osób niepełnosprawnych z określonymi w orzeczeniu lub we wniosku lekarskim dysfunkcjami lub schorzeniami.
6. Oświadczam, że w przypadku skrócenia uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe poniosę koszty pobytu na tym turnusie.
- *7. Oświadczam, że mój opiekun:
 - a) nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
 - b) nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
 - c) ukończył 18 lat albo ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.
- * 8. Oświadczam, że w przypadku skrócenia pobytu mojego opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe opiekun ten poniesie koszty pobytu na tym turnusie.

* dotyczy osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo równoważnym oraz osoby niepełnosprawnej w wieku do 16 lat, która ubiega się o dofinansowanie dla opiekuna.

.....
(data)

.....
*czytelny podpis wnioskodawcy, opiekuna prawnego,
pełnomocnika, przedstawiciela ustawowego*

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY (dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej), opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko.....

PESEL lub numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania.....

Data urodzenia.....

Nr telefonu.....Adres e-mail.....

ustanowiony przedstawicielem*/opiekunem*/pełnomocnikiem*

postanowieniem Sądu.....

z dn.....sygn. Akt*.....

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*.....

z dn.....repet. nr.....

*właściwe zaznaczyć

Załącznik:

1. Orzeczenie o niepełnosprawności.
2. Zaświadczenie lekarskie
3. Zaświadczenie o pobieraniu nauki (dotyczy osób niepełnosprawnych w wieku od 16 do 24 lat)
4. W przypadku, gdy Wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy dołączyć odpowiednio uwierzytelnione pełnomocnictwo lub postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego
5. Klauzula informacyjna

.....
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**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia | <input type="checkbox"/> inne(jakie?)..... |

.....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie :

- NIE
- TAK – uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

**Właściwe zaznaczyć.

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)

**Klauzula informacyjna
dotycząca przetwarzania danych osobowych**

Informujemy, że przetwarzanie Państwa danych osobowych odbywa się na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 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 – RODO).

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lubartowie, reprezentowane przez Dyrektora PCPR (dalej Administrator danych) z siedzibą przy ul. Szaniawskiego 64, 21-00 Lubartów, NIP 714-16-83-447 REGON 431030059 .
2. Administrator danych powołał Inspektora Ochrony Danych (IOD), można się z nim kontaktować poprzez e-mail: iod@pcprlubartow.pl lub telefonicznie 81 854 33 29 .
3. Pani /Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, Pani/Pana dane osobowe zawarte we wniosku i załącznikach do niego będą przetwarzane w celu udzielenia dofinansowania, zawarcia umowy oraz w celu archiwalnym.
W przypadku negatywnego rozpatrzenia wniosku, Pani/Pana dane osobowe zawarte we wniosku i załącznikach do niego będą przetwarzane w celu archiwalnym.
Podstawę prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lubartowie zawartych we wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON i załącznikach do wniosku lub umowie stanowi art. 6 ust. 1 lit. b) i lit. c) RODO.
4. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także wniesienia sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych jak również do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).
5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak odmowa ich podania skutkuje brakiem możliwości realizacji zadań placówki oraz podjęcia czynności w celu rozpatrzenia sprawy.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby upoważnione przez Administratora danych do przetwarzania danych osobowych, na podstawie upoważnienia lub umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, podmioty informatyczne i księgowe oraz podmioty uprawnione do tego przepisami powszechnie obowiązującego prawa.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu realizacji celu wskazanego w pkt. 3, a następnie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w szczególności ze względu na cele archiwalne.
8. Pani/Pana dane nie będą podlegać automatycznym sposobom przetwarzania danych.
9. Administrator danych nie będzie przekazywał Pani/ Pana danych osobowych poza obszar Unii Europejskiej.

Przyjmuję powyższe do wiadomości oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy, Opiekuna prawnego,
Pełnomocnika lub Przedstawiciela ustawowego)