

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

Wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

1. Dane uczestnika turnusu rehabilitacyjnego:

Nazwisko i Imię

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania*

Data urodzenia

2. W przypadku dzieci oraz osób dorosłych nie posiadających zdolności do czynności prawnych z wnioskiem występuje opiekun ustawowy lub prawny:

Imię i nazwisko opiekuna ustawowego (prawnego):.....

Adres opiekuna ustawowego (prawnego):nr telefonu.....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

Ważność dokumentu: czasowe/ stałe (trwałe)**

POSIADANE ORZECZENIE **

a) o stopniu niepełnosprawności : znacznym umiarkowanym lekkim

b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów I II III

c) o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji

o całkowitej niezdolności do pracy

o częściowej niezdolności do pracy i niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym

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 O DOCHODACH

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:
Rodzina posiada/ nie posiada gospodarstwo rolne o powierzchni ha przeliczeniowego i osiągała z niego miesięczny dochód w kwocie

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

Oświadczam, że nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym za pośrednictwem innego samorządu powiatowego.

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

Uprowadzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

.....
(data)

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy/Przedstawiciela

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

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

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed 1 stycznia 1998 r.
2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.
3. Oświadczenie dotyczące konieczności pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym (w sytuacji gdy lekarz określi i uzasadni konieczność jego pobytu).
4. Zaświadczenie ze szkoły/uczelni potwierdzające pobieranie nauki lub kopia legitymacji szkolnej/studenckiej w przypadku młodzieży uczącej się i niepracującej w wieku 18-24 lat.
5. Postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego - w przypadku, gdy Wnioskodawca jest osobą ubezwłasnowolnioną.
6. Pełnomocnictwo notarialne - w przypadku, gdy w imieniu Wnioskodawcy z wnioskiem występuje jego pełnomocnik.

Pouczenie:

Dochód w rozumieniu ustawy o świadczeniach rodzinnych – oznacza to po odliczeniu 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 nie zaliczane do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne.
 - b) deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegający opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiągniętych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne.
 - c) inne dochody nie podlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych:
 - renta określona w przepisach wojennych zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin
 - renty wypłacone osobom represjonowanym i członkom ich rodzin, przyznane na zasadach określonych w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnionym w kopalniach węgla kamiennego, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych.
 - dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny określony w przepisach o kombatanach oraz innych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego.
 - świadczenia pieniężne określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym przysługującym osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach pracy III Rzeszy Niemiecka lub ZSRR.
 - emerytury i renty otrzymane przez osoby, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939-1945 lub eksplozji pozostałych po tej wojnie niewypałów lub niewybuchów.
 - renty inwalidzkie z tytułu inwalidztwa wojennego kwoty zaopatrzenia otrzymywane przez ofiary wojny oraz członków ich rodzin, renty wypadkowe osób których inwalidztwo powstało w związku z przymusowym pobytem na robotach III Rzeszy Niemieckiej w latach 1939-1945 otrzymane z zagranicy.
 - zasiłki chorobowe określone w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych.
 - środki bezzwrotnej pomocy zagranicznej od rządów państw obcych, organizacji międzynarodowych oraz międzynarodowych instytucji finansowych, pochodzące ze środków bezzwrotnej pomocy przyznanych na podstawie jednostronnej deklaracji lub umów zawartych z tymi państwami i organizacjami lub instytucjami przez Radę Ministrów, właściwego ministra lub agencji rządowej w tym również w przypadkach, gdy przekazanie tych środków jest dokonywane za pośrednictwem podmiotu upoważnionego do rozdzielania środków bezzwrotnej pomocy zagranicznej na rzecz podmiotów, którym służyć ma ta pomoc.
 - należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób fizycznych mających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przebywających czasowo za granicą w wysokości odpowiadającej równowartości diet z tytułu podróży służbowej poza granicami kraju ustalonych dla pracowników zatrudnionych w państwowych lub samorządowych jednostkach sfery budżetowej na podstawie ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. Kodeks Pracy
 - należności pieniężne wypłacone policjantom, żołnierzom, celnikom i pracownikom jednostek wojskowych i jednostek policyjnych użytych poza granicami państwa w celu udziału w konflikcie zbrojnym lub wzmocnienia sił państwa albo państw sojuszników, misji pokojowej, akcji zapobiegania aktom terroryzmu lub ich skutkom, a także należności pieniężne wypłacone żołnierzom, policjantom, celnikom i pracownikom pełniącym funkcje obserwatorów w misjach pokojowych organizacji międzynarodowych i sił wielonarodowych.
 - należności pieniężne ze stosunku służbowego otrzymane w czasie służby kandydackiej przez funkcjonariuszy Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej i Biura Ochrony Rządu obliczone za okres, w którym osoby te uzyskały dochód.
 - dochody członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej pomniejszone o składki na ubezpieczenie społeczne.
 - alimenty na rzecz dzieci.
 - stypendia określone w przepisach o systemie oświaty w przepisach prawa o szkolnictwie wyższym oraz w przepisach o systemie naukowym i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki, a także inne stypendia przyznawane uczniom lub studentom.
 - kwoty diet nieopodatkowane podatkiem dochodowym od osób fizycznych otrzymane przez osoby wykonujące czynności związane z pełnieniem obowiązków społecznych i obywatelskich.
 - należności pieniężne otrzymane z tytułu wynajmu pokoi gościnnych w budynkach mieszkalnych położonych na terenach wiejskich w gospodarstwie rolnym osobom przebywającym na wypoczynku oraz uzyskane z tytułu wyżywiania tych osób dodatki za tajne nauczanie określone w ustawie z dnia 25 stycznia 1982r. Karta Nauczyciela Dochody uzyskane z działalności gospodarczej prowadzonej na podstawie zezwolenia na terenie specjalnej strefy ekonomicznej określonej w przepisach o specjalnych strefach ekonomicznych.
 - ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe określone w przepisach o komercjalizacji restrukturyzacji i prywatyzacji przedsiębiorstwa państwowego „Polskie Koleje Państwowe”.
 - świadczenia określone w przepisach o wykonywaniu mandatu posła i senatora.
- W przypadku, gdy członek rodziny lub osoba ucząca się, utrzymuje się z gospodarstwa rolnego, przyjmuje się, że z 1 ha przeliczeniowego uzyskuje się dochód miesięczny w wysokości 1/12 dochodu ogłaszanego corocznie w drodze obwieszczenia przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie art. 18 ustawy z dnia 15 listopada 1984r. o podatku rolnym (Dz. U. z 2017 r. poz. 1892 oraz z 2018 r. poz. 1588 i 1669). Zgodnie z obwieszczeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 września 2018 r. miesięczny dochód z 1ha przeliczeniowego w 2018r. wyniósł 226,25 zł.**
- **przy ustalaniu dochodu w rodzinie Wnioskodawcy, nie uwzględnia się zasiłków pielęgnacyjnych.**
 - dochody uzyskane za granicą Rzeczypospolitej Polskiej pomniejszone o zapłacone za granicą podatki dochodowy oraz składki na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne i obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne.
 - renty określone w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej oraz w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków EFR na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich. –Zaliczkę alimentacyjną określoną w przepisach o postępowaniu wobec dłużników alimentacyjnych oraz zaliczce alimentacyjnej.

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych
w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie**

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lubaczowie.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – adres mailowy: **justyna@ciechanowski.net.pl**, listownie na adres: **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lubaczowie, ul. Piłsudskiego 8, 37-600 Lubaczów.**
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:
 - wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Lubaczowie na podstawie (art. 6 ust. 1 lit. c RODO, art. 9 ust. 2 lit. b) RODO) w zakresie:
 - ✓ pomocy społecznej,
 - ✓ wspierania rodzin i systemu pieczy zastępczej,
 - ✓ rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych,
 - ✓ przeciwdziałaniu przemocy,
 - realizacji zadań w interesie publicznym lub w ramach sprawowania przez administratora władzy publicznej na podstawie (art. 6 ust. 1 lit. e RODO, art. 9 ust. 2 lit. b) RODO);
 - realizacji umów zawartych z klientami Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lubaczowie (art. 6 ust. 1 lit. b RODO, art. 9 ust. 2 lit. b RODO) w zakresie:
 - ✓ wypożyczania sprzętu w ramach działalności wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego i urzędzeń pomocniczych;
 - w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO).
4. Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa lub podmioty świadczące usługi na rzecz administratora na podstawie umowy powierzenia.
5. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
6. Posiada Pani/Pan prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
11. Pani/Pana dane nie będą przekazane odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.

.....
(data i podpis)

.....
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"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> inne (jakie?)..... |
| <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
- TAK- uzasadnienie.....
.....
.....

Uwagi:

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

.....
data

.....
pieczęćka i podpis lekarza

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
** właściwe zaznaczyć

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego

Informacja o stanie zdrowia

Imię i nazwisko.....

PESEL lub numer dokumentu tożsamości.....

Adres (miejsce pobytu*).....

Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

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

Choroby współistniejące, przebyte operacje.....

.....

Uczulenia.....

.....
.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne.....

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

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych.....

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

Przebyte choroby zakaźne- dotyczy osób do 16 roku życia.....

.....

Szczepienia ochronne (daty)- dotyczy osób do 16 roku życia.....

.....
.....

.....

Data

.....

pieczęć i podpis lekarza

*wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej