

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
- TAK – uzasadnienie

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

UWAGI

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwie zaznaczyć

INFORMACJA

o **przeciętnym miesięcznym dochodzie** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, pomniejszonym o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.**

Nazwisko i imię

.....
(osoby niepełnosprawnej)

Adres zamieszkania

.....
(miejscowość, ulica, numer domu)

I. Dane dotyczące niepełnosprawnego (wnioskodawcy) o osiągniętych przez niego średnich miesięcznych dochodach za kwartał 20.... rok.:

1. wynagrodzenie – średni miesięczny dochód za kwartał 20.... rok. -..... zł.
2. emerytura-renta – średni miesięczny dochód za kwartał 20....rok. -..... zł.
3. dochód rolny (liczba ha przeliczeniowych x 462,42 zł)
4. inne (alimenty, zasiłki, itp.)

II. Dane dotyczące członków rodziny niepełnosprawnego pozostających z nim we wspólnym gospodarstwie domowym:

Pokrewieństwo	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Przeciętny <u>miesięczny</u> dochód netto w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek	
			rodzaj dochodu	wysokość

Średni miesięczny dochód na 1 członka rodziny za kwartał 20.... rok

wynosi:..... zł

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

KLAUZULA INFORMACYJNA

zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnobrzegu (PCPR) jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnobrzegu reprezentowane przez Kierownika z siedzibą przy ul. 1 Maja 4; 39-400 Tarnobrzeg, dane kontaktowe; kierownik@pcprtarnobrzeg.pl
2. Dane kontaktowe do Inspektora ochrony danych osobowych: 15 822 39 22
3. Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji zadań i obowiązków nałożonych na Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnobrzegu.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6. ust 1 lit a, c i lit e, art. 9 ust 2 lit. a, b, g RODO tj. wypełnienie obowiązków prawnych, realizacja umów lub zgoda osoby, której dane dotyczą.
5. Odbiorcami danych osobowych w posiadaniu których jest/będzie PCPR mogą być wyłącznie podmioty i inne organy publiczne które posiadają dostęp do danych na podstawie przepisów powszechnie obowiązujących.
6. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. Dane osobowe będą przechowywane wyłącznie przez okres do osiągnięcia celu przetwarzania oraz okres archiwizacji wymagany dla danej kategorii danych przez obowiązujące przepisy prawa.
8. Osoba, której dotyczą dane osobowe ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych jeżeli zachodzą przesłanki do tych uprawnień i nie są ograniczone poprzez inne przepisy prawne.
9. Jeżeli przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody przysługuje także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed cofnięciem.
10. Osoba, której dotyczą dane osobowe ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna, że przetwarzanie danych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
11. W zależności od rodzaju załatwionej sprawy w PCPR podanie danych osobowych może być wymogiem ustawowym, warunkiem umownym, warunkiem zawarcia umowy, dobrowolnie wyrażoną zgodą.
12. W sytuacji gdy podanie danych jest obowiązkowe do załatwienia określonej kategorii spraw, konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości podjęcia skutecznych działań.
13. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również nie będą podlegać profilowaniu.

Potwierdzam zaznajomienie się z powyższą klauzulą

.....
(czytelny podpis)

**Ocena sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej
ubiegającej się o uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym
z dofinansowaniem ze środków PFRON**

NAZWISKO i IMIĘ

- 1. Czy korzysta Pan/i z ośrodków wsparcia (warsztat terapii zajęciowej, środowiskowy dom samopomocy, dom dziennego pobytu, kluby integracyjne, organizacje społeczne, stowarzyszenia lub inne)***

TAK (podać jakie)

.....

NIE

- 2. Czy wymaga Pan/i pomocy osoby drugiej w realizacji kontaktów społecznych w codziennym funkcjonowaniu (np. nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów społecznych, wykonywanie czynności i rozwiązywanie problemów dnia codziennego, załatwianie spraw urzędowych, podejmowanie decyzji dotyczących własnej osoby).**

TAK

NIE

- 3. Czy korzysta Pan/i z usług pielęgnacyjnych opiekuńczych bądź specjalistycznych usług opiekuńczych:**

TAK (podać przez kogo świadczone)

NIE

.....

*** właściwe zaznaczyć**

podpis wnioskodawcy

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO
(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej
rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*... ..

.....

Rodzaj turnusu

Termin turnusu: od do

DANE ORGANIZATORA TURNUSU:

Nazwa i adres z kodem pocztowym

.....

.....

DANE OŚRODKA, W KTÓRYM ODBĘDZIE SIĘ TURNUS:

Nazwa i adres z kodem pocztowym

.....

.....

Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania uczestnictwa w
wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na
podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych lub o systemie
ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym
rolników.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

OŚWIADCZENIE

opiekuna osoby niepełnosprawnej
dla PCPR w Tarnobrzegu

Nazwisko i imię opiekuna

Adres zamieszkania
.....
.....

Nr PESEL

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

zobowiązuję się do sprawowania nad nią ciągłej opieki w czasie trwania turnusu
rehabilitacyjnego organizowanego w ośrodku :

w terminie

i zwracam się z uprzejmą prośbą o przyznanie dofinansowania do kosztów uczestnictwa
w wyżej wymienionym turnusie dla opiekuna osoby niepełnosprawnej.

Oświadczam, że jest mi wiadomym, iż dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego dla osób
niepełnosprawnych przysługuje jeden raz w roku.

Oświadczam, że nie będę pełnił(a) funkcji członka kadry na tym turnusie.

Oświadczam, że nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.

.....
Data

.....
czytelny podpis