

Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym (wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko
PESEL albo numer dokumentu tożsamości
Adres zamieszkania*
.....
Data urodzenia
Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE **

a) o stopniu niepełnosprawności ☐ znacznym ☐ umiarkowanym ☐ lekkim

Numer orzeczenia:

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

c) ☐ o całkowitej ☐ o częściowej niezdolności do pracy

☐ o niezdolności do pracy w gospodarstwie ☐ o niezdolności do samodzielnej
rolnym egzystencji

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

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.

** Właściwe zaznaczyć.

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

Wypełnia PCPR

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

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

Informacje uzupełniające do wniosku
PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby
ubezwłasnowolnionej), opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko:

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:

.....

Data urodzenia:

ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:

.....

postanowieniem Sądu Rejonowego:

.....

z dn. sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

.....

z dn. repet. nr

.....

data

.....

podpis
przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*
pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić

.....
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 | ☐ upośledzenie umysłowe |
| ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | ☐ choroba psychiczna |
| ☐ dysfunkcja narządu wzroku | ☐ padaczka |
| ☐ dysfunkcja narządu słuchu | ☐ inne (jakie?) |
| ☐ schorzenia układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- ☐ NIE
- ☐ TAK – uzasadnienie
-
-
-
-

UWAGI

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć

Informacja dotycząca sytuacji społecznej osoby z niepełnosprawnością
/PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE WSZYSTKIE RUBRYKI/

1. Dane osobowe:

Imię i nazwisko

Numer telefonu

e-mail

2. Sytuacja rodzinna:

Stan cywilnyIlość osób w rodzinie

3. Zdolność do poruszania się (proszę odpowiednio zaznaczyć)

- wstawanie z łóżka i powrót do niego: ☐ samodzielnie ☐ z pomocą częściową
☐ z pomocą całkowitą
- przygotowania posiłków: ☐ samodzielnie ☐ z pomocą częściową ☐ z pomocą całkowitą
- chodzenie w obrębie mieszkania: ☐ samodzielnie ☐ z pomocą częściową
☐ z pomocą całkowitą
- opuszczanie mieszkania i powrót do niego: ☐ samodzielnie ☐ z pomocą częściową
☐ z pomocą całkowitą
- korzystanie ze środków komunikacji: ☐ samodzielnie ☐ z pomocą częściową
☐ z pomocą całkowitą

4. Poruszanie się (proszę odpowiednio zaznaczyć)

- ☐ samodzielnie bez oprzyrządowania,
- ☐ samodzielnie po oprotezowaniu,
- ☐ z laską, ☐ przy pomocy kul, ☐ z balkonikiem, ☐ na wózku inwalidzkim,
- ☐ z przewodnikiem.

5. Zdolność do prowadzenia gospodarstwa domowego (proszę odpowiednio zaznaczyć)

- sprzątanie, pranie, gotowanie, zmywanie ☐ samodzielnie ☐ z pomocą
- ogrzewanie mieszkania: ☐ samodzielnie ☐ z pomocą
- robienie zakupów: ☐ samodzielnie ☐ z pomocą
- dbanie o własność osobistą i bezpieczeństwo: ☐ samodzielnie ☐ z pomocą

6. Zakres koniecznej opieki i pomocy innych osób oraz systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji

Korzystanie z usług medycznych, (jakich?)

Korzystanie z systemu wsparcia (wpisać jakiego).....

7. Zdolność do funkcjonowania w środowisku szkolnym (jeżeli dotyczy)

- Dziecko uczęszcza do żłobka, przedszkola ogólnodostępnego/specjalnego/integracyjnego, szkoły ogólnodostępnej/specjalnej/integracyjnej, korzysta z nauczania indywidualnego
- Dziecko korzysta ze świetlicy, stołówki, zajęć pozalekcyjnych

8. W jakim celu chce Pani/Pan uczestniczyć w turnusie rehabilitacyjnym

(proszę odpowiednio podkreślić)

wyrabianie zaradności osobistej, pobudzanie aktywności społecznej, wyrabianie umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych, wypoczynek, nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych, realizacja i rozwijanie zainteresowań, inne.....

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

Żory, dnia/...../2022 r.

.....
(podpis Wnioskodawcy /przedstawiciela ustawowego)

Klauzula informacyjna przy pobieraniu danych bezpośrednio od osoby

Zgodnie z art. 13 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Żorach z siedzibą w Żorach ul. Księcia Przemysława 2;
- 2) kontakt z inspektorem ochrony danych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Żorach pod adresem e-mail: iodo@mops.zory.pl , nr telefonu: 32 43 42 412 wew. 19;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach realizacji ustawowych zadań Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Żorach- na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c, e RODO oraz na podstawie Art. 9 ust. 2 lit. g) RODO;
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa i podmioty upoważnione na podstawie umów;
- 5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
- 6) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt;
- 7) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 8) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, zajmującego się ochroną danych osobowych;
- 9) podanie Pani/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do udzielenia pomocy / przyznania świadczeń;
- 10) Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu;
- 11) Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane ręcznie oraz automatycznie.

Oświadczam, że zostałem zapoznany z powyższymi danymi

Żory, dnia

.....
(czytelny podpis)

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik,
2. Zaświadczenie (ze szkoły, uczelni) potwierdzające naukę w przypadku osoby uczącej się i niepracującej w wieku 16-24 lat.
3. Potwierdzenie pełnienia funkcji opiekuna prawnego.
4. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny - załącznik nr 1.
5. Informacja dotycząca sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej - załącznik nr 2.
6. Klauzula RODO.