
Załączniki do wniosku:

1. Kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, w art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 511 z późn. zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r.,
 2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny (druk w załączeniu)
 3. Oświadczenie osoby niepełnosprawnej (druk w załączeniu).
 4. Oświadczenie opiekuna osoby niepełnosprawnej (druk w załączeniu) o dofinansowanie opiekuna może się ubiegać osoba niepełnosprawna znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo równoważnym oraz osoba niepełnosprawna w wieku do 16 lat na wniosek lekarza.
 5. W przypadku gdy w imieniu osoby niepełnosprawnej występuje przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny lub pełnomocnik należy dołączyć oświadczenie (druk w załączeniu).
 6. W przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy dołączyć odpowiednio kopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego
 7. W przypadku osób niepełnosprawnych uczących się i niepracujących w wieku 16-24 lat, posiadających inny niż znaczny stopień niepełnosprawności, do wniosku należy dołączyć aktualne zaświadczenie ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki.
-

Zgoda na przetwarzanie dodatkowych danych osobowych

Zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem 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 ustawą o ochronie danych osobowych, wyrażam zgodę na podanie mojego numeru telefonu w celu ułatwienia kontaktowania się pracownikom PCPR ze mną w sytuacji, gdy jest to niezbędne.

Podanie numeru jest świadomie wyrażoną i dobrowolną zgodą.

Nr telefonu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
Podpis osoby zainteresowanej
lub jej przedstawiciela ustawowego

.....
(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)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)

.....dnia.....

.....
imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
dokładny adres

OŚWIADCZENIE

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego (Dz. U. z 2018 r., poz. 1600 z późn. zm.) oświadczam, iż w przypadku otrzymania dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego, nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie, ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.

„Art. 233.

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.”

.....
czytelny podpis

.....dnia.....

.....
imię i nazwisko

.....
PESEL

.....
dokładny adres

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA

(dołączać tylko do wniosku gdzie występuje konieczność opieki osoby drugiej)

Świadomy (a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego (Dz. U. z 2018 r., poz. 1600 z późn. zm.) oświadczam, że na turnusie rehabilitacyjnym podejmę się opieki nad:

.....
(imię i nazwisko)

Jednocześnie oświadczam, że:

- na tym turnusie nie będę pełnił (a) funkcji członka kadry,
- nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby
- ukończyłem 18 lat lub 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej *

„Art. 233.

§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.”

.....
czytelny podpis opiekuna

*niepotrzebne skreślić

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016r. informujemy, iż:

Klauzula informacyjna dot. przetwarzania danych osobowych	
TOŻSAMOŚĆ ADMINISTRATORA	Administratorem danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich, mający siedzibę w Strzelcach Opolskich 47-100 przy ul. Chrobrego 5
DANE KONTAKTOWE ADMINISTRATORA	Z administratorem danych można się skontaktować poprzez adres email sekretariat@pcpr.strzelceop.pl , za pośrednictwem ePUAP, pisemnie na adres siedziby administratora lub osobiście w siedzibie administratora.
DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH	Został wyznaczony inspektor ochrony danych, z którym może się Pani / Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem, poprzez danych email iod@powiatstrzelecki.pl lub tel. 77 440 17 82.
CELE PRZETWARZANIA I PODSTAWA PRAWNA	Pani / Pana dane będą przetwarzane w celu: -ubieganie się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, -realizacji projektów finansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego -realizacji zadań wspierających rodziny i system pieczy zastępczej, -realizacji umów z kontrahentami oraz współpracującymi instytucjami, -prowadzenie postępowań o udzielenie zamówień publicznych -archiwizacja posiadanych dokumentów i danych, -oraz prowadzenie spraw z zakresu zadań i obowiązków dotyczących PCPR w Strzelcach Opolskich niewymienionych wyżej. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. c, e, b, art.9.ust. 2 pkt g RODO(dane szczególnych kategorii np. zdrowia)oraz art.10 RODO (dane dotyczące wyroków skazujących i czynów zabronionych).
ODBIORCY DANYCH	Pani / Pana dane osobowe mogą być przekazywane innym organom publicznym i podmiotom przetwarzającym dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów (np. Sąd, Policja , Urząd Gminy,) a także podmiotom działającym na zlecenie administratora takim jak dostawcy usług informatycznych, przy czym zakres przetwarzania ograniczony jest wyłącznie do zakresu związanego z realizacją zadań w tych systemach.
OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH	Pani / Pana dane będą przetwarzane przez okres wynikający z przepisów dotyczących instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego wykazu akt i działania archiwów zakładowych. Natomiast zbiory tworzone doraźnie usuwane są bezpośrednio po osiągnięciu celu przetwarzania.
PRAWA PODMIOTÓW DANYCH	Przysługuje Pani / Panu prawo: - dostępu do Pani/Pana danych oraz uzyskania ich kopii, - sprostowania (jeżeli są nieprawidłowe), - sprzeciwu ich przetwarzania oraz usunięcia lub ograniczenia przetwarzania (tylko w ściśle określonych przypadkach).
PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO	Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w państwie członkowskim Pani / Pana zwykłego pobytu, miejsca pracy lub miejsca popełnienia domniemanego naruszenia. Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) Adres: Stawki 2, 00-193 Warszawa Telefon: 22 531 03 00
INFORMACJA O DOWOLNOŚCI LUB OBOWIĄZKU PODANIA DANYCH	Podanie przez Państwa danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa, jest także warunkiem realizacji zadań i niezbędne do załatwienia sprawy w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Op.