

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 Data urodzenia
Adres zamieszkania*ul. nr kod..... miejscowość.....
Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym
data rozpoczęcia data zakończenia

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 rolnym o niezdolności do samodzielnej 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.

** Właściwie zaznaczyć.

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

INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE DO WNIOSKU DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu: Adres e-mail:

.....
(data)

.....
(podpis)

Wypełnia pracownik MOPS

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

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

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

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

Imię i nazwisko:

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:Data urodzenia:.....

Adres zamieszkania: ul. nr kod..... miejscowość.....

Numer telefonu:Adres email:

ustanowiony przedstawicielem*/opiekunem*/pełnomocnikiem*:

postanowieniem Sądu:

z dn. sygn. akt*:

/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

z dn. repet. nr

.....
(data)

.....
(podpis przedstawiciela ustawowego*/ opiekuna prawnego*/pełnomocnika*)

* niepotrzebne skreślić

INFORMACJA DOT. PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH (OBOWIĄZEK INFORMACYJNY)

1. Zgodnie z art 13 i 14 RODO informujemy, że administratorem Pani/Pana danych osobowych (dalej jako: „Administrator”) jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Jaworznie z siedzibą przy ul. Północnej 9b, 43-600 Jaworzno jako podmiot, któremu powiat powierzył do wykonania zadania rozpatrzenia wniosków o dofinansowanie z PFRON, NIP:6320008213, REGON: 003451016, tel. (0-32) 618-18-40, fax (0-32) 618-18-41, strona internetowa: www.mops.jaworzno.pl, e-mail: mops@mops.jaworzno.pl.
2. We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych przez Administratora można uzyskać informację, kontaktując się z Inspektorem Ochrony Danych, Panią Angeliką Klimczak, telefonicznie, dzwoniąc pod numer telefonu: 734-459-362, przesyłając informację na adres e-mail: angelika@informatics.jaworzno.pl, listownie i osobiście pod adresem siedziby Administratora: ul. Północna 9b, 43-600 Jaworzno.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także realizacja zadań z zakresu rehabilitacji społecznej, która ma na celu umożliwienie osobom niepełnosprawnym uczestniczenia w życiu społecznym, monitorowanie i kontrola oraz ewaluacja i sprawozdawczość, jak również ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń i archiwizacja.
4. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO w szczególności w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i jej aktów wykonawczych, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO. Podstawą przetwarzania danych są przepisy prawa tzn. że podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Pani/Pana wniosku jest obowiązkowe, a konsekwencją niepodania przez Panią/Pana danych osobowych będzie brak możliwości przyznania dofinansowania.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u Administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.
6. Dostęp do danych będą miały osoby pracujące i współpracujące z Administratorem w tym podmioty świadczące asystę techniczną oprogramowania, służącego do obsługi zadań PFRON. Pani/Pana dane w przypadkach ściśle określonych przepisami prawa mogą zostać ujawnione poprzez przesłanie uprawnionym podmiotom, w tym Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą przy Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, NIP 525-100-08-10, REGON: 012059538, tel. 22 5055500, strona internetowa: www.pfron.org.pl, Kontakt do IOD, e-mail: iod@pfron.org.pl.
7. Administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych poza Europejski Obszar Gospodarczy. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również profilowane.
8. Informujemy, że przysługują Pani/Panu następujące prawa dotyczące danych osobowych: dostępu do danych osobowych (art. 15 RODO); sprostowania lub uzupełniania danych osobowych, w przypadku, gdy Pani/Pana zdaniem są one nieprawidłowe lub niekompletne (art. 16 RODO); prawo do usunięcia danych (art. 17 RODO); ograniczenia przetwarzania danych (art. 18 RODO), prawo do przenoszenia danych osobowych (art. 20 RODO) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych z przyczyn związanych z Pani/Pana szczególną sytuacją (art. 21 RODO). W celu realizacji powyższych praw należy złożyć pisemny wniosek z wybranym żądaniem.
9. Ma Pani/Pan również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez Administratora.