

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:

Przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Wnioski będą rozpatrywane od momentu zatwierdzenia środków finansowych przez Radę Powiatu Nizańskiego, otrzymanych wg algorytmu z PFRON.
2. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych dla powiatu nizańskiego na dany rok kalendarzowy.
3. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnacje należy zgłaszać do tut. PCPR w formie pisemnej.

.....
(podpis Wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Zgodnie z § 4 ust. 1 pkt. 2, 3, 4, 6 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1694), oświadczam, że:

1. W roku bieżącym nie uzyskałem/am* dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON.
2. Dokonam wyboru turnusu w ośrodku, który jest wpisany do rejestru ośrodków prowadzonego przez wojewodę.
3. Dokonam wyboru organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów
4. Nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.

.....
(podpis Wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Ja niżej podpisany/na

.....,
zamieszkały/a

.....
będę pełnił funkcję opiekuna na turnusie dla:

(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

Zgodnie z § 4 ust. 2 pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2014 r., poz. 1937), oświadczam, że jako opiekun osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym:

1. Nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie.
2. Nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.
3. Ukończyłem/am 18 lat / lub ukończyłem/am 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.*

.....
(podpis opiekuna)

* właściwe zakreślić

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny (PROSIMY WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

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"/> schorzenie układu krążenia | <input type="checkbox"/> inne (jakie?).....
..... |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie*:

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

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

* Właściwie zaznaczyć.

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko

PESEL

Adres

Rozpoznanie choroby zasadniczej

Choroby współistniejące, przebyte operacje

Uczulenia

Przyjmowała 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)

KLAUZULA INFORMACYJNA

Obsługa wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON

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

1. Administratorem Pani/ Pana danych osobowych jest Powiatowe – Centrum Pomocy Rodzinie w Nisku z siedzibą w Nisku pod adresem 37-400 Nisko, ul. Kościuszki 7, tel. 15 84 16 368, e-mail: poczta@pcpr-nisko.pl
2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Pan Andrzej Kołodziej, z którym można się skontaktować pod e-mail: poczta@pcpr-nisko.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu :
Przyznanie dofinansowania ze środków PFRON

Na podstawie:

Art. 4 ust. 1, pkt. 5 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 o samorządzie powiatowym, art. 35a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych

4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie:

Brak odbiorców danych

5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.

6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu usunięcia zgodnie z kategorią archiwalną tj.:

Zgodnie z kategorią archiwalną.

7. Posiada Pani/Pan prawo:
 - a) dostępu do treści swoich danych osobowych,
 - b) prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania,
 - c) prawo do przenoszenia danych,
 - d) prawo wniesienia sprzeciwu.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obligatoryjne, a ich zakres został określony w ustawie Kodeks postępowania administracyjnego oraz w przepisach szczególnych, konsekwencją niepodania tych danych będzie pozostawienie podania bez rozpoznania.
10. Pani/Pan dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Zapoznałem/am się.....