**Nr sprawy.............................**

**WNIOSEK**

**o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

**Imię i Nazwisko**.................................................................................................................................................

**PESEL** albo numer dokumentu tożsamości......................................................................................................

**Adres zamieszkania\***  .....................................................................................................................................

*....................................................................................................................................*

**Data urodzenia** ..*...............................................................................................................................................*

**Numer Telefonu** ..............................................................................................................................................

**Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym …………………………………………**

**Posiadane orzeczenie\*\*:**

**a)** o stopniu niepełnosprawności Znacznym Umiarkowanym Lekkim

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

**c)** o całkowitej / o częściowej niezdolności do pracy /o niezdolności do samodzielnej egzystencji

**d)** o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

**KORZYSTAŁEM(AM) Z DOFINANSOWANA 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 zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)*

**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 ze składania nieprawdziwych danych.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r.

o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, póz. 926 i Nr 153, poz. 1271).

…………………………… ………………………………..

**Data Czytelny podpis wnioskodawcy**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Wypełnia PCPR

…………………………………. ………………………………

Data wpływu wniosku do PCPR Pieczęć PCPR i podpis pracownika

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu \*\* właściwe zaznaczyć

**Załącznik:**

**1. Kserokopia ważnego orzeczenia o ustalonym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o niepełnosprawności równoważne - oryginał do wglądu.**

**2. W przypadku dzieci do 16-go roku życia kserokopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności wydanego przez Powiatowy Zespół ds. Orzeczenia o Niepełnosprawności - oryginał do wglądu.**

**Klauzula informacyjna w sprawie przetwarzanych danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bełchatowie**

*na podstawie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwane dalej „RODO”, informujemy*

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych przetwarzanych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Bełchatowie jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą Bełchatowie przy ul. Czaplinieckiej 66, tel 44 733 05 45, email: [pcpr@powiat-belchatowski.pl](mailto:pcpr@powiat-belchatowski.pl)
2. Inspektorem Ochrony Danych wyznaczonym przez Administratora danych jest Anna Frukacz, tel. 44 739 48 07, email: [afrukacz@powiat-belchatowski.pl](mailto:afrukacz@powiat-belchatowski.pl)
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia Pana/Pani wniosku na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2018, poz. 511, z późn. zm.) oraz aktów wykonawczych do ustawy.
4. Odbiorcami przetwarzanych danych będą tylko upoważnione organy i podmioty na podstawie przepisów prawa (np. PFRON, Prokuratura, organizatorzy/ośrodki turnusów rehabilitacyjnych) albo upoważnione podmioty na podstawie przepisów prawa i niezbędnej umowy powierzenia danych osobowych.
5. Dane osobowe przetwarzane przez Administratora nie będą przekazywane do Państw Trzecich lub organizacji międzynarodowych.
6. Okres przechowywania przetwarzanych danych osobowych ustalany jest osobno dla każdego zbioru danych osobowych i wynika z przepisów prawa w zakresie zbieranych danych lub przepisów wynikających z ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2018, poz. 217 z późn. zm.) – zgodnie z Instrukcją Kancelaryjną w PCPR, zatwierdzoną przez Archiwum Państwowe
7. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawodo przenoszenia danych.
8. Przysługuje Panu/Pani prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie na przetwarzanie danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody.
9. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych przez Administratora jest wymogiem ustawowym i niezbędnym do realizacji złożonego przez Pana/Panią wniosku – brak podania danych osobowych skutkuje pozostawieniem sprawy bez rozpatrzenia lub odmową realizacji wniosku.
11. Dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych,**

**celem rozpatrzenia niniejszego wniosku**

*………………………..*……………………….

( podpis wnioskodawcy, przedstawiciela

ustawowego, opiekuna)