**MOPS.DRS.4430.T…………………………...** Załącznik nr 1

# 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\* ……………………………………………………………………………

Telefon…………………………………………………………………………………………..

Data urodzenia…………………………………………………………………………………..

Planowany termin uczestnictwa w turnusie……………………………………………………..

## **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 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 )*

Czy opiekun pełni funkcję kadry na tym turnusie\*\* **□** Tak **□** Nie

Czy opiekun jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby\*\* **□** Tak **□** Nie

Czy opiekun ukończył 16 lat \*\* **□** Tak **□** Nie

Czy opiekun wspólnie zamieszkuje z wnioskodawcą\*\* **□** Tak **□** Nie

**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.**

**O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, zobowiązuję się informować w ciągu
7 dni.**

**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

**\*\*\*) art. 3 pkt.1 lit. a-c ustawy z dnia 28.11.2003 r. o świadczeniach rodzinnych - Dz. U. 2017 poz. 1952 z późn. zm. ( przychód pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, podatek od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz zwiększony o inne dochody niepodlegające opodatkowaniu)**

**\*\*\*\*dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne**

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych
(t.j. Dz. U. z 2016r., poz. 922 ) informujemy, że:

♦Pana/i/ dane osobowe są przetwarzane przez administratora danych: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Bielsku-Białej przy ul. K. Miarki 11

♦Pana/i/ dane osobowe są przetwarzane dla celów związanych z rozpatrzeniem i realizacją wniosku o dofinansowanie za środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

♦ Podanie danych osobowych jest niezbędne dla podjęcia wspomnianych czynności i wynika
z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2016, poz. 2046) oraz rozporządzenia Ministra Pracy
i Polityki Społecznej z dnia 15.11.2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U.
z 2007, poz.1694).

♦ Dane osobowe będą również przetwarzane dla celów archiwalnych, zgodnie z ustawa z dnia 14 lipca 1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2016r., poz. 1506),

♦ Nie przewiduje się udostępnienia danych odbiorcom danych w rozumieniu art. 7 pkt 6 ustawy
o ochronie danych osobowych\*,

♦ Ma Pan/i/ prawo wglądu do treści swoich danych oraz prawo do ich poprawiania.
Z uprawnienia tego może Pan/i/ skorzystać w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej przy
Placu Opatrzności Bożej 18 (Dział Rehabilitacji Społecznej) w Bielsku-Białej albo drogą pocztową.

Przyjmuję do wiadomości powyższą informację: …………………………………………………..

 ( data i podpis wnioskodawcy)

\* Zgodnie z art. 7 pkt 6 ustawy o ochronie danych osobowych przez „odbiorcę danych” rozumie się każdego, komu udostępnia się dane osobowe, z wyłączeniem: a)  osoby, której dane dotyczą; b)  osoby upoważnionej do przetwarzania danych; c)  przedstawiciela, o którym mowa w art. 31a (ustanowionego w Rzeczypospolitej Polskiej przez administratora danych w przypadku przetwarzania danych osobowych przez podmioty mające siedzibę albo miejsce zamieszkania
w państwie trzecim); d)  podmiotu, o którym mowa w art. 31 (tj. z którym zawarto umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych); e) organów państwowych lub organów samorządu terytorialnego, którym dane są udostępniane w związku

z prowadzonym postępowaniem.

**Wypełnia Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej**

……………………………………… ………………………………………

 (data wpływu wniosku do MOPS) (pieczęć MOPS i podpis pracownika)

Przed wypełnieniem i złożeniem wniosku w MOPS prosimy o zapoznanie się z „Informacją dot. udzielania dofinansowania ze środków PFRON do zadań wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27.08.1997 r. z zakresu rehabilitacji społecznej realizowanych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bielsku-Białej” - tel. kontaktowy **033 496 82 53**

**Załączniki do wniosku :**

* **Kopia orzeczenia (oryginał do wglądu) o stopniu niepełnosprawności lub**

**o niezdolności do pracy (ZUS)**

* **Wniosek lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna,
o skierowanie na turnus rehabilitacyjny**
* **Kopia legitymacji szkolnej (oryginał do wyglądu) osoby niepełnosprawnej
w wieku 16-24 lat uczącej się i niepracującej**