

Pieczęć wpływu

Wniosek nr .....

**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice lub opiekun prawny)

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania \* .....

Data urodzenia .....

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 niezdolności do pracy  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.

Zobowiązuje 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

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

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:

Nie  Tak – uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\*w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\*właściwe zaznaczyć

\* niepotrzebne skreślić

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

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania \* .....

Numer telefonu:.....

Adres email: .....

Data urodzenia .....

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\*

**Informacje uzupełniające do wniosku**  
**DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Numer telefonu: ..... Adres e-mail: .....

.....

data

.....

podpis

**Uwaga!!**

1. Koszty turnusu rehabilitacyjnego, który odbył się przed datą przyznania dofinansowania nie podlegają zwrotowi.
2. Wnioskodawca ponosi konsekwencje rezerwacji miejsca turnusowego, której dokonuje przed otrzymaniem informacji o przyznaniu dofinansowania lub niezgodnej z wymaganiami odnośnie posiadanych uprawnień organizatora i ośrodka, na konkretne schorzenia i dysfunkcje.

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

1. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny (druk - załącznik nr 1)
2. Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych (druk - załącznik nr 3)
3. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, orzeczenia do celów rentowych lub kopia wypisu z treści orzeczenia
4. Zaświadczenie o pobieraniu nauki dla osób w wieku 16-24 lata uczących się i niepracujących
5. Kopia zaświadczenia lub orzeczenia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej lub kopia pełnomocnictwa - w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika

**KLAUZULA INFORMACYJNA**  
**dotycząca przetwarzania danych osobowych**  
**W MIEJSKIM OŚRODKU POMOCY RODZINIE W LUBLINIE**

w celu realizacji zadań powiatu finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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) (Dz.Urz. UE L. Nr 119 z 4.05.2016 str. 1, z późn. zm.) - zwanego dalej „RODO”, informujemy Panią/Pana o sposobie i celu w jakim przetwarzamy dane osobowe Pani/Pana oraz innych osób, których przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do do realizacji zadań powiatu finansowanych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, a także o przysługujących Pani/Panu i innym osobom prawach wynikających z regulacji o ochronie danych osobowych:

<b>TOŻSAMOŚĆ ADMINISTRATORA</b>	Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Lublinie reprezentowany przez Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Lublinie.
<b>DANE KONTAKTOWE ADMINISTRATORA</b>	adres: ul. Marii Koryznowej 2d, 20-137 Lublin telefon: 081 466 53 00 email: <a href="mailto:centrum@mopr.lublin.eu">centrum@mopr.lublin.eu</a>
<b>INSPEKTOR OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH</b>	W Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Lublinie został wyznaczony Inspektor ochrony danych, z którym może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz korzystania z przysługujących Pani/Panu praw związanych z przetwarzaniem danych. Z Inspektorem ochrony danych można się kontaktować pisemnie na adres: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mail: <a href="mailto:inspektorochronydanych@mopr.lublin.eu">inspektorochronydanych@mopr.lublin.eu</a></li> <li>2. ul. Marii Koryznowej 2d, 20-137 Lublin</li> </ol>
<b>CELE PRZETWARZANIA ORAZ PODSTAWA PRAWNA</b>	Dane osobowe Pani/Pana i innych osób (osób niepełnosprawnych, dla których jest Pani/Pan przedstawicielem ustawowym/ opiekunem/ kuratorem/ pełnomocnikiem) oraz osób, z którymi osoba niepełnosprawna pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym przetwarzane są w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zadań powiatu realizowanych przez Miasto Lublin – Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Lublinie. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, dane osobowe zawarte we wniosku i w załącznikach do niego będą przetwarzane w celu udzielenia dofinansowania, zawarcia umowy oraz w celu archiwalnym. W przypadku negatywnego rozpatrzenia wniosku, dane osobowe zawarte we wniosku i w załącznikach do niego będą przetwarzane w celu archiwalnym. Podstawę prawną przetwarzania danych osobowych przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Lublinie zawartych we wniosku o dofinansowanie, załącznikach do wniosku lub umowie stanowi: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. art. 6 ust. 1 lit. b RODO (tj. niezbędność do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy);</li> <li>2. art. 6 ust. 1 lit. c RODO (tj. niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze);</li> <li>3. art. 6 ust. 1 lit. e RODO (tj. niezbędność do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi);</li> <li>4. art. 9 ust. 2 lit. b RODO (tj. niezbędność do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej, o ile jest to dozwolone prawem Unii lub prawem państw członkowskich, lub porozumieniem zbiorowym na mocy prawa państwa członkowskiego przewidującymi odpowiednie zabezpieczenia praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą);</li> <li>5. art. 9 ust. 2 lit. c RODO (tj. niezbędność do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby fizycznej a osoba, której dane dotyczą, jest fizycznie lub prawnie niezdolna do wyrażenia zgody);</li> <li>6. art. 9 ust. 2 lit. g RODO (tj. niezbędność ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, których dane dotyczą);</li> <li>7. art. 35a ust. 2 pkt 1, art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej</li> </ol>

	<p>oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;</p> <p>8. § 1, § 5, § 11 i § 14 rozporządzenia Ministra Pacy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;</p> <p>9. art. 14 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego;</p> <p>10. art. 5 i art. 6 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.</p>
<b>PRZEKAZYWANIE DANYCH</b>	Pani/Pana dane nie trafią poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein, Islandię).
<b>ODBIORCY DANYCH</b>	Dane osobowe mogą być przekazane wyłącznie podmiotom, które uprawnione są do ich otrzymania przepisami prawa, podmiotom z którymi Administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych na świadczenie usług serwisowych dla systemów informatycznych wykorzystywanych przy przetwarzaniu (Tylda Sp. z o.o. ul. Marszałka J. Piłsudskiego 1/17, 37-200 Przeworsk) oraz na podstawie porozumienia dot. przetwarzania danych osobowych w sprawie wspólnej obsługi organizacyjno - administracyjnej jednostek organizacyjnych Gminy Lublin zaliczanych do sektora finansów publicznych do Urzędu Miasta Lublin.
<b>OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH</b>	Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie będzie przechowywać Pani/Pana dane osobowe do momentu realizacji wyżej wskazanego celu udzielenia dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, a następnie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w szczególności ze względu na cele archiwalne w interesie publicznym, cele badań naukowych lub historycznych lub cele statystyczne – BE10 tj. 10 lat począwszy od 1 stycznia roku następnego od daty załatwienia sprawy. Po tym okresie dane podlegają ekspertyzie archiwalnej przeprowadzonej przez Archiwum Państwowe. W zależności od decyzji archiwum państwowego okres wykorzystania danych w celu archiwalnym zostanie przedłużony lub dane zostaną usunięte.
<b>PRZYSŁUGUJĄCE PRAWA</b>	<p>W związku z przetwarzaniem danych osobowych Pani/Pana i innych osób, przysługują Pani/Panu następujące prawa:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. prawo dostępu do danych osobowych oraz otrzymania ich kopii – art. 15 RODO;</li> <li>2. prawo żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – art. 16 RODO;</li> <li>3. prawo żądania usunięcia danych osobowych w przypadkach określonych w art. 17 RODO;</li> <li>4. prawo żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadkach określonych w art. 18 RODO;</li> <li>5. prawo do przenoszenia danych art. 20 RODO;</li> <li>6. prawo do wyrażenia sprzeciwu art. 21 RODO;</li> </ol>
<b>PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO URZĘDU OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH</b>	Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).
<b>PODANIE DANYCH</b>	Podanie danych osobowych jest obowiązkowe, odmowa ich podania spowoduje brak możliwości rozpatrywania wniosku, uniemożliwi przyznanie dofinansowania lub/i zawarcie umowy.
<b>ZAUTOMATYZOWANIE I PROFILOWANIE DANYCH</b>	Pani/Pana dane nie będą podlegać automatycznym sposobom przetwarzania danych opierających się na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym nie będą podlegać profilowaniu.

Zapoznałam/łem się z klauzulą informacyjną

.....  
(data i podpis)

Zobowiązuję się do udostępnienia niniejszej klauzuli informacyjnej wszystkim osobom, których dane są chronione, a ich podanie było niezbędne do uzyskania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

.....  
data i podpis osoby składającej oświadczenie