

##### Pieczęć jednostki rozpatrującej wnioski

..................................................

Data wpływu wniosku



# 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)

**1. DANE OSOBOWE:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Adres zamieszkania\*** |  |
| Nr telefonu |  |
| Adres email |  |
| Data urodzenia |  |
| **PESEL**  **(lub nr dokumentu tożsamości)** |  |
| **Planowany termin uczestnictwa**  **w turnusie rehabilitacyjnym** |  |

**2. 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

**3. Korzystałem (am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON\*\* :**

TAK  (podać rok) ....................................... NIE 

**4. Pracuję zawodowo:** TAK  NIE 

**5. Jestem zatrudniony/a w zakładzie pracy chronionej:** TAK  NIE 

**6. Imię i nazwisko opiekuna** ....................................................................................................

*(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)*

**7. Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.\*\*\***

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć

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

#### **8. OŚWIADCZENIE O POSIADANYCH DOCHODACH:**

#### /wypełnia wnioskodawca, przedstawiciel ustawowy, pełnomocnik, opiekun prawny /

Ja ........................................................................................................................................................

(imię i nazwisko)

........................................................................................................................................................

(adres)

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 ...........................

Przedstawiciel ustawowy ( dla małoletniego Wnioskodawcy ), opiekun prawny lub pełnomocnik\*\*\*\* imię i nazwisko ...........................................................................................................................................

adres zamieszkania .....................................................................................................................................

Seria i Nr dowodu osobistego ..............................................., PESEL .......................................................

Ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem\*\*\*\*.........................................................................................

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. ................ sygn. akt \*\*\*\*/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza ................................. z dn. ................................. repet. Nr .................)

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

................................................................. ..............................................................

###### Podpis osoby przyjmującej oświadczenie Podpis osoby składającej oświadczenie

**Wymagane załączniki do wniosku:**

1. Kserokopia ważnego orzeczenia o ustalonym stopniu niepełnosprawności lub równoważnego orzeczenia o niepełnosprawności.
2. W przypadku dzieci do 16-go roku życia kserokopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności wydanego przez Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności.
3. **Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.**
4. W przypadku osób niepełnosprawnych (wiek od 16 do 24 lat) uczących się i niepracujących aktualne zaświadczenie ze szkoły.
5. Dowód osobisty do wglądu.

\*\*\*\* Niepotrzebne skreślić

**KLAUZULA INFORMACYJNA  
O PRZETWARZANIU DANYCH**

1. Administratorem Pana/i danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Toruniu przy ul. Słowackiego 118a, adres korespondencyjny: ul Słowackiego 114, tel. 56 650 85 65; 56 650 85 62.

2. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych i realizacją Pana/i praw może się Pan/i kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych mailowo: [iodo@mopr.torun.pl](mailto:iodo@mopr.torun.pl), telefonicznie: 56 650 85 65 wew. 160 lub pisemnie na adres: ul. Słowackiego 114, 87-100 Toruń.  
3. Pana/i dane osobowe będą przetwarzane w celu udzielenia pomocy lub wsparcia na podstawie przepisów prawa:  
• ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100 ze zm.).  
• ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1270 ze zm.);

**w związku art. 6 ust 1 lit c RODO**.

4. Podane dane będą przetwarzane w wersji papierowej oraz w systemie informatycznym TT-POMOC. Program TT POMOC posiada: homologację Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

5. Podanie przez Pana/ią danych jest wymagane przepisem prawa.  
Natomiast w przypadku pozyskiwania numeru telefonu i adresu mailowego podanie danych w celu otrzymywania informacji zwrotnej w ten sposób - ma charakter dobrowolny.

6. W przypadku niepodania przez Pana/ią danych zostanie wydane zawiadomienie o pozostawieniu sprawy bez rozpoznania, o którą Pan/i wnioskuje.

7. Pana/i dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami prawa i określony w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Toruniu wprowadzonym Zarządzeniem Nr 20/15 Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Toruniu z dnia 30 grudnia 2015 r. w sprawie wprowadzenia Instrukcji Kancelaryjnej, Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Toruniu, Instrukcji o organizacji i zakresie działania składnicy akt w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Toruniu, następnie podlegać będą ocenie archiwalnej w zakresie zniszczenia lub dalszego okresu przechowywania.  
8. Podane dane osobowe mogą być udostępnione wyłącznie podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa oraz realizatorom projektów i usług realizujących zadania statutowe Ośrodka w ramach zlecenia zadań.

9. Administrator nie przekazuje Pana/i danych poza teren Polski/Unii Europejskiej.

10. Posiada Pan/i prawo do:  
1) dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,  
2) sprostowania (poprawiania) swoich danych,  
3) ograniczenia przetwarzania danych: ma Pan/i prawo żądać ograniczenia przetwarzania  
wyłącznie do przechowywania Pana/i danych osobowych w przypadku:  
- przekonania Pana/i, że posiadane przez nas dane są nieprawidłowe lub przetwarzane bezpodstawnie,  
- nie życzy Pan/i sobie aby dane zostały usunięte, gdyż będą Panu/i potrzebne do ustalenia, dochodzenia lub ochrony roszczeń.  
4) wniesienia skargi do organu nadzorczego,  
5) modyfikacji zgody jak również rezygnacji z otrzymywania informacji drogą telefoniczną i mailową (rezygnacji można dokonać składając pisemne oświadczenie).

Szczegółowych informacji jak złożyć żądanie związane z realizacją praw udziela Inspektor Ochrony Danych.

W celu złożenia żądania związanego z wykonaniem praw należy skierować wniosek na adres mailowy[iodo@mopr.torun.pl](mailto:iodo@mopr.torun.pl) lub udać się do siedziby w Toruniu, przy ul. Słowackiego 114.

Przed realizacją Pana/i uprawnień będziemy musieli potwierdzić Pana/i tożsamość (dokonać Pana/i identyfikacji).

………………………………………………………

data i podpis Wnioskodawcy