

Nr wniosku: .....

Pieczęć nagłówkowa

Wpłynęło dnia ..... L.dz. .... / .....

## WNIOSEK

### o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

**1. Dane wnioskodawcy lub opiekuna prawnego**

Imię i nazwisko		Data urodzenia	
Adres zamieszkania: ulica, nr domu / mieszkania		Kod pocztowy <b>Gdynia</b>	
Telefon		PESEL	
Adres do korespondencji, jeśli jest inny niż ww.: ulica, nr domu / mieszkania		Kod pocztowy Miejscowość	

**2. Dane dziecka lub osoby ubezwłasnowolnionej**

Imię i nazwisko		Data urodzenia	
Adres zamieszkania: ulica, nr domu / mieszkania		Kod pocztowy <b>Gdynia</b>	
Telefon		PESEL	
Adres do korespondencji, jeśli jest inny niż ww.: ulica, nr domu / mieszkania		Kod pocztowy Miejscowość	

**3. Informacje dotyczące statusu osoby niepełnosprawnej (właściwe proszę zaznaczyć znakiem X)**

Posiadane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności	Stopień znaczny		Stopień umiarkowany		Stopień lekki	
Posiadane orzeczenie o niepełnosprawności do 16 roku życia						
Posiadane orzeczenie o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów	I grupa		II grupa		III grupa	
Posiadane orzeczenie o niezdolności do pracy	całkowita		częściowa		niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym	niezdolność do samodzielnej egzystencji
Osoba pobierająca naukę w wieku pomiędzy 18 a 24 rokiem życia		Osoba zatrudniona w Zakładzie Pracy Chronionej				
Liczba osób niepełnosprawnych we wspólnym gospodarstwie domowym (razem z wnioskodawcą) wynosi						
Korzystanie z dofinansowania uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym						
Tak – w latach		Nie z powodu odmów (proszę podać lata)		Nie korzystała/e/m nigdy		

**4. Opiekun na turnusie rehabilitacyjnym – należy wypełnić w przypadku, gdy lekarz wskazał konieczność pobytu opiekuna**

Imię i nazwisko		PESEL		Telefon	
Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do pełnienia funkcji opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym:					
jest osobą pełnoletnią albo ukończyła 16 lat i zamieszkuje ze mną we wspólnym gospodarstwie			podczas turnusu nie będzie pełniła funkcji członka kadry		
nie jest osobą zaliczoną do znacznego stopnia niepełnosprawności (I grupy inwalidów/całkowicie niezdolną do pracy i samodzielnej egzystencji)					

## 5. Informacja o dochodach

**UWAGA ! Do dochodu nie wlicza się świadczenia pielęgnacyjnego, zasiłku i dodatku pielęgnacyjnego oraz zasiłków rodzinnych**  
\* Średni miesięczny dochód pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych wraz ze składką na ubezpieczenie zdrowotne, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób oraz powiększony o kwotę otrzymywanych alimentów podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

Lp	Osoby we wspólnym gospodarstwie domowym stopień pokrewieństwa mąż, żona, syn, córka, itp.	Wiek	Źródło dochodu należy wymienić wszystkie źródła dochodu wynagrodzenie, renta, emerytura, inne	Średni miesięczny dochód netto*
1	WNIOSKODAWCA			
<b>RAZEM</b>				

## 6. Oświadczenie. Oświadczam, że:

▪ liczba członków rodziny we wspólnym gospodarstwie domowym (razem z wnioskodawcą) wynosi	
▪ średni miesięczny dochód <b>netto rodziny</b> wynosi (bez świadczeń rodzinnych i świadczeń z pomocy społecznej)	
▪ średni miesięczny dochód <b>netto na osobę</b> w rodzinie wynosi	
<b>Pouczenie:</b> Zgodnie art. 233 § 1 kodeksu karnego, kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Pouczona/y o odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 § 1 kodeksu karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, oświadczam, że <b>nie posiadam</b> zaległości w terminowym regulowaniu zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz <b>nie była/em</b> stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.	
<b>Podstawa prawna:</b> Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.). Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 r. nr 230 poz. 1694 z późn. zm.).	
Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia (dotyczy turnusu, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne).	
Gdynia, dnia	Czytelny podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika

## Załączniki do wniosku

**UWAGA! gdy wymagane jest złożenie kserokopii dokumentów niezbędne jest przedstawienie oryginałów do wglądu.**

1. **Dowód osobisty wnioskodawcy/pełnomocnika** - do wglądu w dniu składania wniosku.
2. **Kserokopia orzeczenia** (wnioskodawcy oraz osób wspólnie zamieszkujących) o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia do celów rentowych.
3. **Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny** (nie starszy niż 3 mc).
4. **Dokumenty potwierdzające uzyskane dochody we wspólnym gospodarstwie domowym:** decyzja o waloryzacji renty/emerytury, zaświadczenie z zakładu pracy o dochodach netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku lub inne dokumenty potwierdzające źródło i wysokość dochodu - oryginały do wglądu.
5. **Kserokopia pełnomocnictwa notarialnego** - w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika.
6. **Kserokopia zaświadczenia lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego** - w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej.
7. Inne załączniki niezbędne do weryfikacji danych, których nie można uzyskać na podstawie złożonego wniosku.

## 7. Wypełnia pracownik MOPS w Gdyni

Data wpływu wniosku		Pieczętka i podpis pracownika	
ADNOTACJE URZĘDOWE			

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni, zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i 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 95/4/WE (RODO) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.) informuje, iż:**

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni, ul. Grabowo 2, 81-265 Gdynia.
  2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych jest możliwy jest pod numerem tel. 58 782-01-20, od poniedziałku do piątku, w godz. 7.30 - 15.30.
  3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji dofinansowania **do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym** ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO oraz w związku z art. 35 a ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (*Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.*).
  4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa tj. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie, Al. Jana Pawła II 13, a także inne organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa oraz inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Gdyni przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni.
  5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych i sporządzonej na ich podstawie Instrukcji Kancelaryjnej obowiązującej w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Gdyni, a po jego zakończeniu zostaną niezwłocznie usunięte.
  6. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:
    - 1) prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;
    - 2) prawo do żądania sprostowania (poprawienia) danych osobowych w przypadku, gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
    - 3) prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. Prawo do bycia zapomnianym) w przypadku, gdy:
      - dane nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub w inny sposób przetwarzane,
      - wniosła Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych,
      - cofnęła Pani / cofnął Pan zgodę na przetwarzanie danych osobowych w przypadku, gdy była to jedyna przesłanka przetwarzania danych,
      - dane osobowe przetwarzane są niezgodnie z prawem,
      - dane osobowe muszą być usunięte w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa;
    - 4) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadku, gdy:
      - kwestionuje Pani/Pan prawidłowość danych osobowych,
      - przetwarzanie danych jest niezgodne z prawem,
      - Administrator nie potrzebuje już danych dla swoich celów, potrzebuje ich Pan/i do ustalenia, obrony lub dochodzenia roszczeń swoich roszczeń,
      - wniosła Pani/wniósł Pan sprzeciw wobec przetwarzania danych - do czasu ustalenia czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie administratora są nadrzędne wobec podstawy sprzeciwu;
    - 5) prawo do przenoszenia danych w przypadku, gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:
      - przetwarzanie danych odbywa się na podstawie umowy lub na podstawie zgody,
      - przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany;
    - 6) prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych w przypadku, gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:
      - zaistnieją przyczyny związane z Pani/Pana szczególną sytuacją, w przypadku przetwarzania danych na podstawie zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej przez Administratora
      - przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dotyczy, wymagające ochrony danych osobowych.
- Cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych osobowych - ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), gdy uzna Pani/Pan, iż Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z wymogami prawa.
  8. Podanie Pani/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości realizacji dofinansowania ze środków PFRON.
  9. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu ani nie będą przekazywane do państw trzecich w rozumieniu RODO.