

Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie 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 95/46/WE, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,

- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

Wypełnia PCPR

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

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

Imię i nazwisko:

PESEL lub 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)

* niepotrzebne skreślić

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.
2. Orzeczenie potwierdzające niepełnosprawność (kopia – oryginał do wglądu).
3. W przypadku ustanowienia opieki prawnej postanowienie oraz zaświadczenie sądu.
4. W przypadku osób niezdolnych do samodzielnego złożenia podpisu kopia pełnomocnictwa notarialnego.
5. Zaświadczenie o pobieraniu nauki (dotyczy młodzieży uczącej się i niepracującej w wieku 16-24 lat).

PROCEDURA UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM

1. Druk wniosku można pobrać w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie, ul. Marcinkowskiego 6, pokój nr 2 lub wydrukować ze strony internetowej www.pccpr.powiatwolsztyn.pl z zakładki: druki do pobrania.
2. Istnieje możliwość złożenia wniosku przez platformę ePUAP oraz on-line po założeniu konta w systemie SOW na portalu sow.pfron.org.pl.
3. W przypadku składania wniosku w wersji papierowej wypełniony wniosek wraz z załącznikami (wymienione wyżej) należy złożyć w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie, natomiast w przypadku składania wniosku w systemie SOW wymagane załączniki należy zeskanować i wstawić do systemu. Wszelkie niezbędne informacje znajdują się na stronie www.pfron.org.pl w zakładce: portal-sow.pfron.org.pl, który wyjaśnia sposób aplikowania o środki PFRON.
4. Osoba niepełnosprawna może ubiegać się o dofinansowanie ze środków Funduszu uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, jeżeli średni miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty 50 % przeciętnego wynagrodzenia na członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym i 65 % przeciętnego wynagrodzenia, w przypadku osoby samotnej.
5. W przypadku przekroczenia kwot dochodu, o których mowa w pkt 3, kwotę dofinansowania pomniejsza się o kwotę, o którą ten dochód został przekroczony.
6. Wniosek niekompletny wymaga uzupełnienia w terminie 30 dni. Nieusunięcie braków w wyznaczonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
7. Rozpatrywanie wniosków następuje po otrzymaniu informacji z PFRON o wysokości środków na dany rok oraz po podziale tych środków na zadania przez Radę Powiatu Wolsztyńskiego.
8. Wnioski rozpatrywane są w oparciu o obowiązujące zasady oraz Zarządzenie Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie sprawie przyznawania dofinansowania ze środków PFRON.
9. O przyznaniu lub o odmowie dofinansowania Wnioskodawca zostanie powiadomiony pisemnie. W przypadku złożenia wniosku przez system SOW, wniosek będzie procedowany w systemie.
10. PCPR w Wolsztynie nie zwraca kosztów turnusu rehabilitacyjnego, który odbędzie się przed przyznaniem dofinansowania.
11. Konsekwencje zarezerwowania miejsca na turnusie przed uzyskaniem dofinansowania ponosi wyłącznie Wnioskodawca.
12. Realizacja wniosku rozpatrzonego pozytywnie obejmuje:
 - a) dokonanie wyboru turnusu przez Wnioskodawcę (w terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznanej dofinansowaniu),
 - b) w przypadku złożenia wniosku w formie papierowej dostarczenie przez Wnioskodawcę do PCPR wypełnionej informacji o wyborze turnusu, nie później jednak niż na 21 dni przed dniem rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego. W przypadku złożenia wniosku w systemie informację o wyborze turnusu należy złożyć przez system SOW.
 - c) weryfikację dokonanego wyboru turnusu przez pracownika działu ds. osób niepełnosprawnych poprzez sprawdzenie: czy wybrany ośrodek i organizator posiadają odpowiedni wpis do rejestru ośrodków i organizatorów obejmujący okres trwania turnusu wybranego przez osobę niepełnosprawną, czy ośrodek, w którym odbędzie się turnus jest uprawniony do przyjmowania osób niepełnosprawnych z określonymi w orzeczeniu lub we wniosku lekarskim dysfunkcjami lub schorzeniami,
 - d) przesłanie przez Wnioskodawcę do organizatora turnusu informacji o przyznanej dofinansowaniu ze środków PFRON,
 - e) przekazanie przez PCPR przyznanego Wnioskodawcy dofinansowania na rachunek organizatora w terminie 7 dni od dnia otrzymania oświadczenia od organizatora, jednak nie później niż na 7 dni przed dniem rozpoczęcia tego turnusu,
 - f) rozliczenie przekazanego dofinansowania na podstawie faktury oraz informacji o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego.
13. W przypadku wyczerpania się limitu środków na zadanie w danym roku kalendarzowym, wnioski załatwione odmownie nie przechodzą do realizacji na rok następny.
14. Wszelkie zmiany we wniosku, jak i rezygnację należy zgłosić do PCPR w ciągu 14 dni.
15. W przypadku zgonu Wnioskodawcy po złożeniu wniosku, w trakcie realizacji bądź po jego rozpatrzeniu, a także po pozyskaniu informacji o zgonie Wnioskodawcy, przyznane dofinansowanie nie zostanie wypłacone.



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarski o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko..... PESEL.....

Adres zamieszkania*

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna |
| <input type="checkbox"/> inne
(jakie?) | |

Konieczność opieki osoby drugiej na turnusie rehabilitacyjnym**

- NIE
 TAK - uzasadnienie

Uwagi:

.....
.....

.....
data

.....
podpis i pieczętka lekarza

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

* ** właściwe zaznaczyć x