Załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 20/2022

Dyrektora MOPR w Słupsku

z dnia 29 marca 2022 r.

**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\* .....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Data urodzenia .............................................................................................................................................................................................................

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

**POSIADANE ORZECZENIE \*\***

a) o stopniu niepełnosprawności  znacznym  umiarkowanym  lekkim

Numer orzeczenia:……………………….

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)

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

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

(data) (podpis wnioskodawcy)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć.

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

Wypełnia MOPR

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

(data wpływu wniosku) (pieczęć 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**

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych:

Ja niżej podpisana, oświadczam, iż zostałam poinformowana, że:
1. Administratorem przekazanych danych osobowych jest Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Słupsku z siedzibą przy ul. Słonecznej 15D, 76-200 Słupsk.
2. Inspektorem Ochrony Danych jest Edyta Zubka, z którą można kontaktować się e-mailowo: e.zubka@mopr.slupsk.pl
3. Administrator danych przetwarza dane osobowe w celu realizacji obowiązków wynikających z 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.), w tym Programu „Aktywny Samorząd”.
4. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c) 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 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
5. Podanie danych w momencie złożenia wniosku jest wymogiem ustawowym i osoba, której dane dotyczą, jest zobowiązana do ich podania. Odmowa podania danych osobowych skutkować będzie odmową rozpatrzenia sprawy.
6. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres wynikający z przepisów określonych w pkt 3 oraz z obowiązku ich archiwizowania.
7. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane, posiadają prawo dostępu do danych osobowych dotyczących ich osoby, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
8. Osoby, których dane osobowe są przetwarzane mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
9. Dane osobowe, które są przetwarzane w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Słupsku nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

**...................................................**

(Imię i nazwisko oraz data)