(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**

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu
- ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku
- ☐ choroba psychiczna
- ☐ schorzenie układu krążenia
- ☐ dysfunkcja narządu słuchu
- ☐ upośledzenie umysłowe
- ☐ padaczka
- ☐ inne……

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:

- ☐ **NIE**
- ☐ **TAK – uzasadnienie…….....**
  ……
  ……
  ……
  ……

Uwagi:
……
……
……
……

…… **……..……..**
Data **Podpis i pieczątka lekarza**

*** W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.**
**** Właściwe zakreślić.**

Oświadczam, że:

1) Zgodnie z § 4 ust.1, pkt 6 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 roku w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz.U. z 2007 roku poz.1694 z poźn.zm.) nie będę pełnić funkcji kadry na wybranym przeze mnie turnusie rehabilitacyjnym, ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu;

2) Zgodnie z § 4 ust.2, pkt 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 roku w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz.U. z 2007 roku poz.1694 z poźn.zm.) wybrany przeze mnie opiekun:

Pan/Pani…….

PESEL……...…….

(podać imię i nazwisko opiekuna – jeśli lekarz zalecił konieczność pobytu opiekuna na turnusie)

a) Nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie;
b) Nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
c) Ukończył 18 lat;
d) Ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem mojej rodziny.

3) Posiadam/nie posiadam wymagalne zobowiązania wobec PFRON.
   Jeśli tak, to należy podać rodzaj i wysokość wymagalnego zobowiązania:
   Jeśli tak, to należy podać rodzaj i wysokość wymagalnego zobowiązania:

(data)
……..

(czytelny podpis Wnioskodawcy)

Procedura dotycząca turnusów rehabilitacyjnych:

1. Po pobraniu druku wniosku o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym Wnioskodawca wypełnia **pierwszą stronę** i składa czytelny podpis w wyznaczonym miejscu.
2. Lekarz, pod którego opieką Wnioskodawca się znajduje wypełnia **drugą stronę,** to jest – „Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny" – (konieczna jest pieczątka przychodni oraz pieczątka i podpis lekarza).
3. **Wnioskodawca składa wniosek w siedzibie PCPR dołączając kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności – należy również okazać do wglądu oryginał dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność (orzeczenie).**
4. Wnioskodawca zobowiązany jest dokonać rezerwacji miejsca na turnusie rehabilitacyjnym dopiero po rozpatrzeniu wniosku przez PCPR i otrzymaniu informacji o przyznanym dofinansowaniu. Rezerwacji należy dokonać za pośrednictwem organizatora, który posiada aktualne uprawnienia do organizowania turnusów rehabilitacyjnych.

Dokonując wyboru turnusu **należy poinformować organizatora o rodzaju posiadanych schorzeń,** tak aby były one zgodne z wpisem organizatora i ośrodka do rejestru wojewody właściwego dla siedziby każdego z nich.

Konsekwencje zarezerwowania miejsca na turnusie przed uzyskaniem dofinansowania ponosi wyłącznie Wnioskodawca.

Należy zwrócić szczególną uwagę na to, aby:

W terminie najpóźniej 30 dni od dnia otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania należy dostarczyć do siedziby PCPR w Parczewie, ul. Szpitalna 2 A, 21-200 Parczew wypełnioną „Informację o wyborze turnusu"

Od dnia dostarczenia w/w „Informacji" do dnia rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego winno upłynąć co najmniej 21 dni.
Niedostarczenie wymaganego dokumentu w podanym terminie będzie uznane za rezygnację z dofinansowania.

Wnioskodawca zobowiązuje się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia (w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach).

…… ……
(data) (Podpis Wnioskodawcy

Kwestionariusz do oceny funkcjonowania społecznego osoby niepełnosprawnej

I. Dane osobowe

Imię i nazwisko…….……...……..
Data urodzenia…….……..
Adres zamieszkania (*pobytu*)……..……...

II. Sytuacja rodzinna *(zaznaczyć właściwy kwadrat)*

- Dziecko ❑
- Kawaler / panna ❑
- Żonaty / mężatka ❑
- Wdowiec / wdowa ❑
- Stan wolny ❑

Liczba osób wspólnie zamieszkujących i ich wiek
……..…….
……..….
……..…….

III. Sytuacja zawodowa *(zaznaczyć właściwy kwadrat)*

- Dziecko / osoba ucząca się ❑
- Osoba pracująca zawodowo ❑
- Emeryt / rencista ❑
- Osoba bezrobotna / poszukująca pracy ❑
- Osoba niepracująca / nieposzukująca pracy ❑

IV. Uczestnictwo w życiu społecznym *(zaznaczyć właściwe kwadraty)*

- Przynależność do organizacji społecznych tak ❑ nie ❑
- Uczestnictwo w warsztacie terapii zajęciowej tak ❑ nie ❑
- Uczestnictwo w zajęciach ośrodka wsparcia tak ❑ nie ❑
- Uczestnictwo w innych formach aktywności społecznej tak ❑ nie ❑

Jeżeli uczestniczy Pan/Pani w innych formach aktywności społecznej, to proszę napisać w jakich ……..…….
……...
……...……

V. Potrzeby i oczekiwania w zakresie rozwijania umiejętności społecznych

……..…….
……..….
…….…….

…… …….
(data) *(podpis Wnioskodawcy)*

……
(Podpis pracownika socjalnego

Załącznik do Zarządzenia Nr 1/2013
Kierownika Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie w Parczewie
z dnia 14.01.2013 r.

SYTUACJA ZAWODOWA I SPOŁECZNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ I JEJ POTRZEBY

W ZAKRESIE ROZWIJANIA UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA (rodzic, opiekun prawny)

1. Imię i nazwisko: …….

Adres zamieszkania: ……

PESEL: .....

Orzeczony stopień niepełnosprawności:

* właściwe zakreślić
1). Lekki /częściowo niezdolny do pracy
2.) umiarkowany/całkowicie niezdolny do pracy
3.)znaczny / całkowicie niezdolny do pracy i samodzielnej egzystencji

2. Opis sytuacji społecznej:

a) jak niepełnosprawność wpływa na Pana/Pani sytuację zawodową i społeczną

…….

…….

…….

…….

…….

…….

…….

…….

…….

b) jak niepełnosprawność wpływa na sposób zaspokojenia codziennych potrzeb życiowych i społecznych .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

c) kontakty ze środowiskiem, innymi osobami.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych:

* właściwe zakreślić

a) wyrabianie zaradności osobistej, poprawa samoobsługi:

tak nie*

b) nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych w tym kształtowanie umiejętności porozumiewania się z innymi, współdziałania w grupie:

tak nie*

c) pobudzanie aktywności społecznej, przywracanie utraconych zdolności do pełnienia ról społecznych:

tak nie*

d) wdrażanie do korzystania z dóbr kultury:

tak nie*

e) realizacja i rozwijanie zainteresowań:

tak nie*

f) rozbudzanie motywacji integracyjnych, wyjścia z izolacji:

tak nie*

…….

data i podpis wnioskodawcy

KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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), publ. Dz. Urz. UE L Nr 119, s. 1 informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Parczewie (adres: Szpitalna 2a, 21-200 Parczew; numer telefonu: 83/355 15 80);
2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może się Pani/Pan kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail inspektorodo@parczew.pl;
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w związku ze złożonym wnioskiem w celu udzielenia dofinansowania ze środków PFRON
4. Przetwarzanie danych osobowych jest zgodne z prawem a podstawą ich przetwarzania jest art. 6 ust. 1 lit. c), art. 9 ust. 2 lit. g w/w Rozporządzenia, ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997r, ustawa kodeks cywilny z dnia 23 kwietnia 1964 r.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych
6. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są:
   a. Podmioty uprawnione na mocy przepisów prawa
   b. Podmioty uprawnione na mocy zawartych umów na powierzenie przetwarzania danych, umów zlecenia
7. Posiada Pani/Pan prawo do:
   a. dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania,
   b. wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia tj. Prezesa Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie odmowa realizacji świadczeń
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych nie podlega decyzjom, które się opierają wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, o czym stanowi art. 22 UE ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.

…….. ……..

Data Podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci nr telefonu w celu kontaktu i otrzymywania informacji w związku ze złożonym wnioskiem o dofinansowanie.

☐ TAK ☐ NIE

…….. ……

Data Podpis