OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W GLIWICACH

nr wniosku . .....

WNIOSEK O PRZYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH DO UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM

(dotyczy osób niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie Miasta Gliwice)

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ)

Imię i nazwisko.....PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

nr tel..... data urodzenia.....

Adres zamieszkania* kod .....-..... Gliwice, ul.....

Adres email .....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym .....

Posiadane orzeczenie **

A) o stopniu niepełnosprawności ☐ znacznym ☐ umiarkowanym ☐ lekkim

B) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów ☐ I (pierwszej) ☐ II (drugiej) ☐ III (trzeciej)

☐ o całkowitej niezdolności do pracy ☐ o częściowej niezdolności do pracy

☐ o niezdolności do samodzielnej egzystencji ☐ 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

Jestem zatrudniony/a (dotyczy osób pomiędzy 16 a 24 rokiem życia)** ☐ TAK ☐ NIE

Imię i nazwisko opiekuna .....PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

(wypełnić , jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej, opiekun prawnylub pełnomocnik)

Imię i Nazwisko.....PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Adres zamieszkania nr kodu .....-..... miejscowość .....

ulica ..... nr domu .....nr lokalu .....

ustanowiony opiekunem/ pełnomocnikiem** .....

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. ..... sygn. akt ...../

na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dn. ..... repet. Nr.....)

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

- przeciętny miesięczny dochód (netto) w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał (tj. miesiące oznaczone I-III, IV-VI, VII-IX, X-XII) poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił zł.
- razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM	**ROK URODZENIA**	PRZECIĘTNY MIESIĘCZNY DOCHÓD W ROZUMIENIU USTAWY O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH** (***DOCHÓD BRUTTO***)	PODATEK NALEŻNY	SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE SPOŁECZNE I ZDROWOTNE ODLICZONE OD DOCHODU	**DOCHÓD NETTO**	**ŹRÓDŁO DOCHODU**
		1	2	3	4= (1-2-3)	5
wnioskodawca						
Inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym (wpisać wyłącznie stopień pokrewieństwa)						

- nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- w ciągu ostatnich trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem(am) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie,
- Przyjmuję do wiadomości, że wszelkie dane zawarte we wniosku zostaną wprowadzone i procedowane w Systemie Obsługi Wsparcia SOW. Niekompletne wypełnienie wniosku może uniemożliwić jego wprowadzenie do systemu a co za tym idzie jego realizację.
- **Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art.233 § 1 i 2 Ustawy z dn. 06.06.1997 r – Kodeks Karny oświadczam, żedane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.**
- O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie informować Ośrodek Pomocy Społecznej.
- Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia***.
- Przyjmuję do wiadomości, że wniosek o dofinansowanie rozpatrywany jest w terminie 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku. Jednak w tym terminie wniosek nie będzie mógł zostać rozpatrzony w sytuacji kiedy Powiat oczekuje na informację z PFRON o wysokości środków na dany rok – wówczas rozpatrzenie wniosku nastąpi w terminie późniejszym tj. po zatwierdzeniu planu finansowego na realizację zadań określonych ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, nie później jednak niż do 31 maja bieżącego roku.

  Zgodnie z art. 37 § 1 KPA stronie służy prawo do wniesienia ponaglenia do Samorządowego Kolegium Odwoławczego za pośrednictwem Ośrodka Pomocy Społecznej w Gliwicach. Ponaglenieskłada się w przypadku gdy sprawa nie została załatwiona w terminie albo Organ pozostaje bezczynny.

Gliwice, dnia…….. ……

CZYTELNY PODPIS

Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego /opiekuna prawnego /pełnomocnika

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** właściwe zaznaczyć

*** dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ
(UWAGA: WYPEŁNIA OPIEKUN jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna na turnusie**)**

Imię i Nazwisko.....

PESEL ..... **nr telefonu**.....

Adres zamieszkania: nr kodu .....-..... miejscowość .....

ulica ..... nr domu .....nr lokalu .....

Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań (art. 233 Kodeksu Karnego, w związku z art.75kpa) zgodnie z §4 ust. 2 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów oświadczam, że jako opiekun osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym**:

- ☐ nie będę pełnić funkcji członka kadry na tym turnusie
- ☐ nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby
- ☐ ukończyłem/am 18 lat
- ☐ ukończyłem/am 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej
- ☐ nie ubiegałem/am i nie będę ubiegać się o dofinansowanie pobytu na turnusie na terenie innego powiatu

.....
czytelny podpis opiekuna

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu ** właściwe zaznaczyć

INFORMACJA SZCZEGÓŁOWA O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH ZBIERANYCH PRZEZ OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W GLIWICACH

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Gliwicach, ul. Górnych Wałów 9, 44-100 Gliwice reprezentowany przez Dyrektora.
   Współadministratorami danych osobowych są Miejskie Jednostki Organizacyjne Gminy Gliwice wymienione w Zarządzeniu organizacyjnym nr 84/19 Prezydenta Miasta Gliwice z dnia 12 sierpnia 2019 r. w sprawie: zatwierdzenia uzgodnień dotyczących określenia zakresów odpowiedzialności współadministratorów, oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji osób Niepełnosprawnych w zakresie realizacji zadań za pośrednictwem Systemem Obsługi Wsparcia na podstawie zawartego porozumienia nr SOW/202/2019 z dnia 31 lipca 2019 r.
2. Dane osobowe zbieramy i przetwarzamy ręcznie oraz automatycznie w celu:
   - realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
     Podanie danych jest obowiązkowe i wynika z przepisów szczegółowych w zakresie wsparcia, o które Państwo się ubiegają. Odmowa podania danych wiązać się będzie z brakiem możliwości rozpatrzenia danego wniosku.

     Podanie wszelkich dodatkowych danych ponad wymagane jest dobrowolne i równoznaczne ze zgodą na ich wykorzystanie.
   - sprawniejszej komunikacji z klientami Ośrodka – w tym celu prosimy o podanie danych kontaktowych, tj. numeru telefonu; podanie tych danych jest dobrowolne. Wówczas zawsze mają Państwo prawo nie podać danych, ich podanie jest traktowane jak zgoda na ich wykorzystanie, a ich niepodanie nie niesie za sobą żadnych konsekwencji. Mogą zostać Państwo poproszeni o wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych również w innym celu i zakresie. Wówczas podamy Państwu cel przetwarzania danych osobowych, o które prosimy;

   Dane osobowe mogą być przekazywane:
   - innym podmiotom, w celu wykonywania zadań publicznych,
   - innym osobom lub podmiotom, jeżeli przepis prawa nakłada na administratora danych osobowych obowiązek udostępnienia przetwarzanych danych osobowych.

   Okres przechowywania danych osobowych określają przepisy kancelaryjno-archiwalne w tym jednolity rzeczowy wykaz akt uzgodniony z Archiwum Państwowym dostępny na stronie internetowej OPS pod adresem https://opsgliwice.pl/o-nas/informacje-ogolne/
   W Ośrodku nie ma miejsca zautomatyzowane podejmowanie decyzji w indywidualnych przypadkach, w tym profilowanie.
3. Każda osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz prawo wniesienia skargi do organu odpowiedzialnego za kontrolę przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, Stawki 2, 00-193 Warszawa.
4. W razie pytań i wątpliwości związanych z przetwarzaniem danych osobowych zbieranych przez Ośrodek można się kontaktować za pomocą poczty tradycyjnej, listownie na adres: ul. Górnych Wałów 9, 44-100 Gliwice, poprzez: kontakt e-mailowy pod adresem: ops@ops.gliwice.eu

5. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych z którym można skontaktować się w następujący sposób:
   OPS: tradycyjny pod adresem wskazanym w pkt. 4 lub elektroniczny pod adresem iod@ops.gliwice.eu
   PFRON: pod adresem al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, e-mail iod@pfron.org.pl

- *Oświadczam, że została/em poinformowana/y i przyjmuję powyższe do wiadomości.*
- ***Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, że wniosek będzie procedowany za pośrednictwem Systemu Obsługi Wsparcia SOW, oraz, że informacja nt. danych osobowych (PFRON,OPS) znajduje się w regulaminie korzystania z Systemu SOW.***
- *Oświadczam, że zapoznałam/em z klauzulą informacyjną osoby, których dane umieściłam/em we wnioskui znajdują się w załącznikach*

.....

CZYTELNY PODPIS

Wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika

POUCZENIA

1. Wnioskodawca, który prowadzi samodzielne gospodarstwo domowe (jednoosobowe) i posiada własne stałe dochody, składa oświadczenie o dochodach wyliczone na podstawie własnych dochodów.
   Za samodzielne gospodarstwo domowe uważa się sytuację, gdy Wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.
   Przez pojęcie wspólne gospodarstwo domowe – należy rozumieć osoby wspólnie zamieszkujące, faktycznie wspólnie utrzymujące się, współpracujące w załatwianiu codziennych spraw związanych z prowadzeniem domu. Istotą wspólnego gospodarowania jest również pozostawanie na utrzymaniu osoby, z którą się mieszka.
2. Wnioski są realizowane w kolejności składania aż do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na ten cel. Sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania dofinansowania ze środków PFRON

Art. 233 Kodeksu Karnego.
§ 1. Kto, składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę , podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.
§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swych uprawnień , uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie.

WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW

WYPEŁNIA PRACOWNIK OPS:

	NAZWA ZAŁĄCZNIKA	ZAŁĄCZONO TAK/NIE
1	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności	
2	Wniosek lekarski o skierowanie na turnus rehabilitacyjny wydany przez lekarza, pod opieką którego znajduje się osoba niepełnosprawna, sporządzony na druku stanowiącym załącznik do wniosku.	
3	kopia legitymacji szkolnej lub zaświadczenie ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki (w przypadku osób niepełnosprawnych uczących się i niepracujących w wieku 16-24 lat)	
4	Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego	
5	Kopia aktu urodzenia dziecka w przypadku składania wniosku przez rodzica osoby niepełnoletniej	

UWAGA

Składanie wniosków o dofinansowanie możliwe jest drogą elektroniczną, za pośrednictwem uruchomionego przez PFRON Systemu Obsługi Wsparcia SOW.
Wnioski złożone w wersji papierowej zostaną wprowadzone i będą procedowane za pośrednictwem Systemu Obsługi Wsparcia.
System SOW umożliwia aplikowanie o środki PFRON będące w gestii jednostek samorządowych za pomocą Internetu 24 godziny na dobę, 365 dni w roku, bez wychodzenia z domu, bez kolejek i bez barier. Dzięki nowoczesnej platformie informatycznej mogą Państwo uzyskać informację na temat wsparcia dostępnego z PFRON, a następnie wypełnić, podpisać i złożyć wniosek, dokonać ewentualnych wyjaśnień i uzupełnień, podpisać umowę oraz rozliczyć dofinansowanie.
Jedyne, czego potrzeba to: dostęp do Internetu, konto w Systemie SOW (bezpłatne) oraz Profil Zaufany (bezpłatny) lub podpis elektroniczny.

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARSKI O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

IMIĘ I NAZWISKO .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania *.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**:

☐ dysfunkcja narządu ruchu

☐ dysfunkcja narządu słuchu

☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

☐ upośledzenie umysłowe

☐ dysfunkcja narządu wzroku

☐ padaczka

☐ schorzenie układu krążenia

☐ choroba psychiczna

☐ inne (jakie?) ……

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:

☐Nie

☐Tak – uzasadnienie[1]

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

Uwagi:

……
……

....
Data podpis i pieczątka lekarza

[1] Zgodnie z § 4. 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r w sprawie turnusów rehabilitacyjnych „Osobie niepełnosprawnej o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo równoważnym oraz osobie niepełnosprawnej w wieku do 16 lat może być przyznane dofinansowanie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym jej opiekuna, pod warunkiem że wniosek lekarza zawiera wyraźne **wskazanie wraz z uzasadnieniem konieczności pobytu opiekuna**.

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu ** właściwe zaznaczyć

UWAGA! Zaznaczone dysfunkcje będą brane pod uwagę podczas weryfikacji wybranego turnusu.