

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

.....
pieczętka 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 **

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

KONIECZNOŚĆ POBYTU OPIEKUNA NA TURNUSIE:

- NIE
- TAK – uzasadnienie
-
-
-
-
-

UWAGI:

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć

Oświadczenie opiekuna osoby niepełnosprawnej

Nazwisko i imię

.....

Adres zamieszkania

.....

Dowód osobisty wydany w dniu, ważny do

Nr PESEL

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej zobowiązuje się do sprawowania stałej opieki nad

..... w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego.
(imię i nazwisko uczestnika turnusu)

Oświadczam, że **nie będę** pełnić funkcji członka kadry na turnusie.

Oświadczam, że **nie jestem** osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.

Oświadczam, że **mam** ukończone 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej. *

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych i osób pozostających razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym, w bazie danych dla potrzeb realizacji przez PCPR w Łowiczu zadań ustawowych, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 późn. zm).

.....dnia

.....

(czytelny podpis)

*dotyczy osób poniżej 18 roku życia

KLAUZULA INFORMACYJNA

do przetwarzania danych osobowych

Na podstawie art. 13 ust. 1 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwane dalej RODO, informuję Pana/Panią, że:

Administratorem Pana/i Danych jest:	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu, 99-400 Łowicz, ul. Podrzeczna 30, które reprezentuje Pani Magdalena Balcerak – Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu
Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych oraz udostępnia jego dane kontaktowe:	<i>Witold Kosiński</i> <i>iodo@cuwpowiatlowicki.pl</i>
Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu:	Realizacji zadań wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych i wydanych do niej rozporządzeń wykonawczych
Podstawą do przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:	Udzielona przez Pana/Panią zgoda na przetwarzanie danych wynika z obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z powyższej ustawy.
Dane będą ujawniane:	Państwowemu Funduszowi Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą pod adresem Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa oraz uprawnionym odbiorcom Systemu Obsługi Wsparcia.
Informacja o przekazywaniu danych do innych podmiotów:	Pana/Pani dane są przekazywane innym organom i podmiotom niewymienionym w przepisach prawa w celach wskazanych powyżej. Odbiorcami danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
Okres przechowywania danych:	Pani/Pana dane będą przechowywane przez 10 lat, zgodnie z Zarządzeniem Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu w porozumieniu z Dyrektorem Archiwum Państwowego w Warszawie w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego wykazu akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwum zakładowego
Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych oraz możliwość ich sprostowania, wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy przetwarzanie danych naruszyłoby przepisy ogólne rozporządzenia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. dostępu do swoich danych oraz możliwość ich sprostowania, 2. usunięcia lub ograniczenia przetwarzania swoich danych, 3. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, 4. przenoszenia danych, 5. cofnięcia wyrażonej zgody na przetwarzanie danych, 6. wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy przetwarzanie danych naruszyłoby przepisy ogólne rozporządzenia.
Podane przez Panią/Pana dane są:	Wymogiem ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych i wydanych do niej rozporządzeń. Konsekwencją niepodania danych będzie niezafatwienie sprawy.
Pani/Pana dane:	Nie podlegają zautomatyzowanemu systemowi podejmowania decyzji, w tym profilowaniu.

.....
Data i czytelny podpis klienta
od którego zbierane są dane

.....
Podpis pracownika