

- Oświadczam, że będę uczestniczył(a) w zajęciach przewidzianych w programie turnusu.
- Oświadczam, że w roku w którym ubiegam się o dofinansowanie, nie uzyskałem(łam) na ten cel dofinansowania ze środków PFRON.
- Oświadczam, że nie będę pełnił(a) funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.
- Oświadczam, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, wyrażam zgodę na poinformowanie organizatora turnusu o kwocie przyznanego dofinansowania oraz danych zawartych w informacji o wyborze turnusu rehabilitacyjnego.
- O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, zobowiązuję się poinformować w formie pisemnej w ciągu 14 dni.
- Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

..... . 2024 r.

data

.....

czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika

Oświadczenia wypełnia wnioskodawca, przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny, pełnomocnik - o ile dotyczy

- Oświadczam, że osoba która będzie opiekunem na turnusie rehabilitacyjnym:
 - nie będzie pełniła funkcji członka kadry na tym turnusie,
 - nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
 - ukończyła 18 lat, *
 - lub
 - ukończyła 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny. *

* niepotrzebne skreślić

..... . 2024 r.

data

.....

czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika

- Oświadczenie o pobieraniu nauki i nie wykonywaniu pracy - dotyczy osób niepełnosprawnych w wieku od 18 do 24 lat

- imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej.....
Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że uczę się i nie pracuję.

..... . 2024 r.

(data)

.....

czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika

- Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że, uczy się i nie pracuje.

(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej od 16 do 18 roku życia)

..... . 2024 r.

(data)

.....

czytelny podpis przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika

W przypadku osoby w wieku od 16 do 24 roku życia uczącej się i niepracującej należy przedłożyć zaświadczenie o kontynuowaniu nauki.

Art.233 § 1 Kodeksu Karnego „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji złożonego wniosku, w zakresie:

- numeru telefonu:
- adres e-mail:
- adresu do korespondencji (*wypełnić wyłącznie w przypadku kiedy jest inny niż adres zamieszkania*):
.....
- danych zawartych w kwestionariuszu osobowym dotyczącym sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej z dnia
- zaświadczenia o kontynuowaniu nauki (*dot. osoby niepełnosprawnej w wieku od 16 do 24 roku życia uczącej się i niepracującej*) z dnia
- inne :

..... 2024 r.
data

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika

**SYTUACJA SPOŁECZNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ I JEJ
POTRZEBY W ZAKRESIE ROZWIJANIA UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH**

(właściwie zaznaczyć przez zakreślenie pola)

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA (przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny, pełnomocnik)

1. Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL

2. Opis sytuacji społecznej

a) sytuacja zawodowa: *

- zatrudniony / prowadzący działalność gospodarczą
- bezrobotny poszukujący pracy / rencista poszukujący pracy
- rencista / emeryt, nie zainteresowany podjęciem pracy
- osoba w wieku od lat 16 do 24, ucząca się lub studiująca
- dzieci i młodzież do lat 16
- inna:
- uczestnik Warsztatu Terapii Zajęciowej / Środowiskowego Domu Samopomocy / Domu Dziennego Pobytu / inne
- pensjonariusz Domu Pomocy Społecznej

b) zaspokojenie codziennych potrzeb życiowych i społecznych :

- samodzielnie z częściową pomocą osób drugih wyłącznie przy pomocy osób drugih, potrzebuję pomocy:
- przy samoobsłudze w zakresie poruszania się w zakresie komunikowania się
- w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego

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

c) Wnioskodawca utrzymuje kontakty ze środowiskiem, innymi osobami: *tak* *nie*

jeżeli nie, to dlaczego

3. Oczekiwane efekty związane z uczestnictwem w turnusie rehabilitacyjnym:

- poprawa samoobsługi, wyrabianie zaradności osobistej: *tak* *nie*
- nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych: *tak* *nie*
- pobudzanie aktywności społecznej, przywracanie utraconych zdolności do pełnienia ról społecznych, wyjście z izolacji: *tak* *nie*
- wdrażanie do korzystania z dóbr kultury, rozwijanie zainteresowań: *tak* *nie*

..... 2024 r.

data

* właściwie zaznaczyć

.....

czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika

WYPEŁNIA MOPR

Ocena uzasadniająca udział w turnusie rehabilitacyjnym: wskazany, niewskazany, inne (jakie?)*.....

Podpisy osób rozpatrujących wnioszek:

Przedstawiciel DPŚ

Przedstawiciel DPI-III

Suwałki, dnia

Akceptacja Kierownika DPI

Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 (Dz. Urz. UE L 119/1, 4/5/2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie** z siedzibą w **Suwałkach przy ul. Filipowska 20** tel.: **87/562 8970**, adres e-mail: biuro@mopr.suwalki.pl
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych osobowych – kontakt: adres e-mail: iod@mopr.suwalki.pl
3. Cel przetwarzania danych: **postępowanie w sprawie realizacji dofinansowania uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych**
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w formie papierowej i elektronicznej w MOPR w Suwałkach oraz mogą być pozyskiwane i weryfikowane za pośrednictwem dostępnych Systemów Informatycznych. Dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji
5. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być:
 - a) instytucje świadczące usługi pocztowe
 - b) inne organy administracji publicznej, w ramach realizacji swoich zadań, które zwrócą się do nas o przekazanie Pani/Pana danych osobowych, w oparciu o obowiązujące przepisy prawa
 - c) organy publiczne, które mogą otrzymywać Pani/Pana dane osobowe w ramach konkretnego postępowania zgodnie z prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, nie są uznawane za odbiorców
6. Podstawą do przetwarzania danych osobowych jest:
 - a) art. 6 ust.1 lit.c RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w związku z realizacją świadczeń
 - b) art. 9 ust. 2 lit. b RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej, o ile jest to dozwolone prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, lub porozumieniem zbiorowym na mocy prawa państwa członkowskiego przewidującymi odpowiednie zabezpieczenia praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą;
 - c) art. 35a ust.1 pkt 7 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres realizacji celów oraz w formie archiwalnej
 - a) akta osób korzystających z zadania przez okres 5 lat po realizacji zadania.
9. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia po okresie archiwizacji, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem
10. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
11. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym i warunkuje uzyskanie świadczeń zgodnie ze złożonym wnioskiem. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją nie podania danych osobowych będzie odmowa przyznania świadczeń.

..... 2024 r.

data

.....

czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego, pełnomocnika