Zarządzenie nr 9.2022
z dnia 31.03.2022 r.

Zarządzenie nr 9.2022
Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Obornikach
z dnia 31.03.2022 r.

w sprawie: zasad przyznawania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dofinansowań do uczestnictwa osób niepełnosprawnych w turnusach rehabilitacyjnych w 2022 r.

Na podstawie art.35a ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz.U. z 2021r. poz.573 z późn.zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (t.j. Dz.U. z 2007r. Nr 230, poz. 1694 z późn.zm.), **zarządzam następująco**:

§ 1

W wyniku konsultacji pomiędzy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Obornikach a Powiatową Społeczną Radą do Spraw Osób Niepełnoprawnych, działającą przy Staroście Obornickim, przyjmuje się do realizacji następujące zasady przyznawania w **2022r.** dofinansowań do uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych:

1. Pierwszeństwo w uzyskaniu dofinansowania w uczestnictwie mają osoby niepełnosprawne w następującej kolejności:

   a) posiadające orzeczenie o zaliczeniu do **znacznego stopnia niepełnosprawności** (lub orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji albo zaliczone do pierwszej grupy inwalidów)
   b) posiadające orzeczenie o zaliczeniu do **umiarkowanego stopnia niepełnosprawności** (lub orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy albo zaliczone do drugiej grupy inwalidów)
   c) posiadające orzeczenie o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych **w wieku do 16r.ż.** oraz osoby **małoletnie posiadające orzeczenie o stopniu niepełnosprawności**

2. Przy rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym bierze się pod uwagę stopień i rodzaj niepełnosprawności wnioskodawcy oraz wpływ niepełnosprawności na możliwość realizacji przez wnioskodawcę kontaktów społecznych w codziennym funkcjonowaniu (funkcjonowanie w środowisku zewnętrznym) oraz potrzeby osoby niepełnoprawnej w zakresie rozwijania umiejętności społecznych. Kryteria te będą podstawą sporządzenia oceny sytuacji społecznej wnioskodawcy i jego potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych.

3. Oceny sytuacji społecznej wnioskodawcy i jego potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych dokonywać będzie pracownik socjalny w oparciu o informacje zawarte w kopii orzeczenia o niepełnosprawności / stopniu niepełnosprawności /orzeczeniu równoważnym, danych wynikających z wniosku i kwestionariusza dotyczącego sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej i wniosku lekarza oraz inne dodatkowe informacje, będących w posiadaniu PCPR.

4. Ocena sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej i jej potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych sporządzona zostanie w formie **KARTY OCENY WNIOSKU** (Załącznik nr 1 do niniejszego Zarządzenia).

Przyjmuje się **PUNKTOWY SYSTEM OCENY WNIOSKÓW**, który ma na celu wyłonienie tych wnioskodawców, którzy mają największe szanse na realizację celów związanych z rehabilitacją społeczną w formie turnusu rehabilitacyjnego. Ocenione wnioski szeregowane są na liście według kolejności wynikającej z punktacji. Przy równorzędnej punktacji o pierwszeństwie rozpatrzenia wniosku decyduje wysokość dochodu (w kolejności od najniższego), a jeśli kryterium to nie doprowadzi do wyboru, o pierwszeństwie decyduje kolejność złożenia kompletnego wniosku.

Ocenie sytuacji społecznej i sporządzeniu punktowej karty oceny wniosku podlegają wszystkie wnioski dorosłych osób niepełnoprawnych oraz niepełnosprawnych dzieci.

5. Przyjmując, że turnus rehabilitacyjny jest zorganizowaną formą aktywnej rehabilitacji połączonej z elementami wypoczynku, której celem jest ogólna poprawa psychofizycznej sprawności i rozwijanie umiejętności społecznych uczestników, między innymi poprzez nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych, realizacje i rozwijanie zainteresowań, a także przez udział w innych zajęciach przewidzianych programem turnusu, w 2022 roku w punktacji bierze się pod uwagę:
   a) posiadany stopień niepełnosprawności na podstawie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego / posiadaną niepełnosprawność na podstawie orzeczenia o niepełnosprawności,
   b) rodzaj i zakres dysfunkcji osoby niepełnosprawnej określony w orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności / orzeczeniu o niepełnosprawności / orzeczeniu równoważnym lub we wniosku lekarza w przypadku orzeczenia równoważnego, w którym dysfunkcja nie jest określona odpowiednim symbolem (w kontekście potrzeb osoby niepełnosprawnej w zakresie rozwijania umiejętności społecznych),
   c) wysokość dochodu rodziny - miesięczny dochód w gospodarstwie domowym w przeliczeniu na jedną osobę,
   d) częstotliwość udzielanej pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON pobytu na turnusie rehabilitacyjnym,
   e) konieczność korzystania z opieki osoby drugiej podczas pobytu na turnusie rehabilitacyjnym, wynikająca ze stanu zdrowia (*dotyczy oceny wniosków z grupy a i b),*

§ 2

Przyznawanie dofinansowań będzie następowało **równolegle w grupach a) i b) oraz w grupie c)**, aż **do wyczerpania środków finansowych** określonych uchwałą Rady Powiatu Obornickiego na realizację dofinansowań w zakresie uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych.

§ 3

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym niepełnosprawnego rodzeństwa wraz z opiekunami, pozostającymi we wspólnym gospodarstwie domowym, dofinansowanie przysługuje **jednemu** z opiekunów, a w przypadku dzieci poruszających się za pomocą wózka inwalidzkiego, dofinansowanie przysługuje **obojgu** opiekunom.

§ 4

W przypadku nie rozpatrzenia pozytywnie wszystkich wniosków osób niepełnosprawnych określonych w § 1 z powodu wyczerpania się środków finansowych przewiduje się dofinansowanie ze środków pochodzących ze zwrotów niewykorzystanych dofinansowań.

Złożone wnioski zachowują ważność do końca bieżącego roku.

§ 5

Wysokość dofinansowania w 2022 r. ustala się w oparciu o § 6 ust.1 i 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz.U. z 2007 r, Nr 230, poz. 1694) i rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 grudnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz.U.2014 poz.1937).

§6

Łączną wysokość środków przeznaczonych na realizację wniosków o dofinansowanie uczestnictwa osób niepełnosprawnych w turnusach rehabilitacyjnych w 2022r. określa Uchwała Rady Powiatu Obornickiego przyjęta w 2022r, z czego kwota **60 000,00** zł. zostaje wyodrębniona na realizację wniosków osób niepełnosprawnych, o których mowa w §1 ust. 1 lit. c.

W przypadku niewykorzystania środków przeznaczonych dla dorosłych osób niepełnosprawnych lub niepełnosprawnych dzieci, dopuszcza się możliwość ich przesuwania pomiędzy tymi grupami.

§7

Obowiązujący wzór wniosku i karty oceny stanowią załączniki do niniejszego zarządzenia.

§8

W 2022r. wnioski o dofinansowanie turnusu rehabilitacyjnego będą przyjmowane w wersji papierowej oraz on-line w **Systemie Obsługi Wsparcia (SOW)**. Wnioski w Systemie mogą składać osoby niepełnosprawne posiadające profil zaufany lub podpis elektroniczny albo osoby, którym udzielono pisemnego pełnomocnictwa do składania wniosków w systemie SOW w imieniu niepełnosprawnych wnioskodawców (wzór Pełnomocnictwa / odwołania pełnomocnictwa stanowi załącznik nr 4 i 5 do niniejszego Zarządzenia).

Przyjmowanie wniosków także w Systemie SOW obowiązuje od 01.01.2022r.

§9

Zasady określone niniejszym zarządzeniem obowiązują w 2022 r.

§10

Wykonanie Zarządzenia powierza się Elizie Korzeniewskiej.

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Obornikach
mgr Joanna Piasecka-Stabla

Radca prawny
wpis
Piotr Pioszczyca



Załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 9.2022 z dnia 31.03.2022r.

KARTA OCENY WNIOSKU o dofinansowanie uczestnictwa osoby niepełnosprawnej w turnusie rehabilitacyjnym

ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Wniosek nr .....

Imię i nazwisko Wnioskodawcy .....

L.p.	**KRYTERIA OCENY WNIOSKU**	***Liczba punktów***	***Punktacja wniosku***
1.	**Osoby posiadające orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne albo orzeczenie o niepełnosprawności do 16r.ż. :**		
a)	Osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności /całkowitą niezdolnością do pracy i samodzielnej egzystencji/ I grupą inwalidów / osoby niepełnosprawne w wieku do 16 r.ż. wymagające stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji	20	
b)	Osoba z umiarkowanym stopniem/ całkowitą niezdolnością do pracy/ II grupą inwalidów / osoby niepełnosprawne w wieku do 16 r.ż. wymagające stałego współudziału opiekuna w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji	10	
c)	Osoba z lekkim stopniem niepełnosprawności / częściową niezdolnością do pracy / III grupą inwalidów	1	
d)	Osoba ucząca się i niepracująca do 24 roku życia	5	
2.	**Rodzaj i zakres dysfunkcji określony w posiadanym dokumencie potwierdzającym niepełnosprawność lub wniosku lekarskim *(w kontekście potrzeb osoby niepełnosprawnej w zakresie rozwijania umiejętności społecznych*):**		
a)	- dysfunkcja narządu ruchu (05-R) – osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim - dysfunkcja narządu słuchu, głosu, mowy (03-L) - dysfunkcja narządu wzroku (04-O) - upośledzenie umysłowe (01-U) - choroby psychiczne (02-P) - całościowe zaburzenia rozwojowe (12-C) - choroby neurologiczne (10-N)	10	
b)	- dysfunkcja narządu ruchu (05-R) z wyłączeniem osób poruszających się na wózku inwalidzkim - epilepsja (06-E) - schorzenia układu krążenia (07-S) - schorzenia układu oddechowego i krążenia (07-S) - schorzenia układu pokarmowego (08-T) - schorzenia układu moczowo-płciowego (09-M) - inne (11-I), w tym: schorzenia endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego	5	
c)	niepełnosprawność jest **sprzężona - trzy** przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia	5	
d)	niepełnosprawność jest **sprzężona - dwie** przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia	3	

4.	**Wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu Wnioskodawcy nie przekracza 764,00 zł (netto) na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym**	5		
5.	**Częstotliwość udzielanej pomocy**			
	osoba nigdy nie korzystała z dofinansowania turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON	10		
6.	**Konieczność korzystania z opieki osoby drugiej na turnusie rehabilitacyjnym (*dotyczy osób pełnoletnich)***			
	Osoba wymaga opiekuna podczas pobytu na turnusie rehabilitacyjnym (zgodnie ze wskazaniem lekarza kierującego na turnus)	1		
PODSUMOWANIE KRYTERIÓW REALIZATORA				75 punktów
Uzyskana ilość punktów przez Wnioskodawcę				
Wysokość dochodu przy równorzędnej punktacji z innymi wnioskodawcami :				

Na podstawie informacji zawartych w kopii orzeczenia o niepełnosprawności, we wniosku o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, wniosku lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny oraz innych dodatkowych informacji będących w posiadaniu PCPR , w wyniku dokonanej przez pracownika socjalnego oceny sytuacji społecznej Wnioskodawcy i jego potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych, stwierdza się, że: **uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym zapewni ogólną poprawę psychofizycznej sprawności Wnioskodawcy oraz wpłynie na rozwój umiejętności społecznych m.in. poprzez nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych, realizację i rozwijanie zainteresowań oraz udział w innych zajęciach przewidzianych programem turnusu.**

Data i podpis pracownika socjalnego dokonującego oceny wniosku .....

Data i podpis pracownika merytorycznego .....

Data i podpis osoby zatwierdzającej .....

(pieczątka imienna Dyrektora PCPR)

Załącznik nr 2 do Zarządzenia nr 9.2022 z dnia 31.03.2022r.

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
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) *(czytelny podpis wnioskodawcy)*

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.
** Właściwe zaznaczyć.
*** Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

Wypełnia PCPR

....
(data wpływu wniosku do PCPR) *(pieczęć PCPR 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: .....

.....

Data urodzenia: .....

ustanowiony przedstawicielem / opiekunem* / pełnomocnikiem*: .....*

.....

postanowieniem Sądu Rejonowego: .....

.....

z dn. ..... sygn. Akt: .....*

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza: .....*

.....

z dn. ..... repet. nr .....

....

data podpis *przedstawiciela ustawowego** *opiekuna prawnego* pełnomocnika*

** niepotrzebne skreślić*

Załącznik nr 3 do Zarządzenia nr 9.2022 z dnia 31.03.2022r.

Kwestionariusz dotyczący sytuacji społecznej <u>osoby niepełnosprawnej</u> ubiegającej się o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym i jej potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych

I. Wypełnia wnioskodawca (rodzic, opiekun prawny)

1.Dane osobowe:
Imię i nazwisko
.....
PESEL .....
Adres zamieszkania*.....
.....

2. Podstawowe problemy zdrowotne:
- stopień niepełnosprawności** – znaczny, umiarkowany, lekki,
- schorzenie wiodące.....
- schorzenia współistniejące .....
.....
.....

3. Sytuacja rodzinna:
- osoba zamieszkująca** - samotnie, z rodziną,
- liczba osób wspólnie zamieszkujących .....,
- liczba dzieci i ich wiek .....
- możliwość zapewnienia opieki ze strony najbliższej rodziny** - tak, nie; jeżeli tak w jakim zakresie
.....
.....
- możliwość zapewnienia opieki ze strony innych osób** - tak, nie; jeżeli tak w jakim zakresie
.....
.....

4. Sytuacja mieszkaniowa:
- dostosowanie mieszkania do niepełnosprawności** - tak - nie, nie zachodzi konieczność,
- warunki utrudniające funkcjonowanie w mieszkaniu .....
.....
- własny pokój** – tak, nie,

5. Źródła utrzymania:**
- wynagrodzenie za pracę, renta, emerytura, zasiłki z pomocy społecznej, pomoc finansowa rodziny, pomoc finansowa ze strony innych osób, inne świadczenia .....
.....

6. Możliwość samodzielnego wykonywania czynności:
w zakresie samoobsługi:**
- samodzielnie, częściowo przy pomocy osób drugich, całkowicie przy pomocy osób drugich.

w zakresie poruszania się:**

- bez problemów, w pobliżu miejsca zamieszkania, tylko w obrębie mieszkania, częściowo przy pomocy osób drugich, całkowicie przy pomocy osób drugich,
- samodzielne korzystanie ze środków komunikacji – tak, nie,

w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego:**

- sprzątanie, gotowanie, zakupy – tak, nie,
- w jakich czynnościach konieczna jest pomoc osób drugich .....
.....

w zakresie komunikowania się:

- prawidłowa- tak, nie – z jakiego powodu .....

w zakresie uczestniczenia w życiu społecznym i pełnienia ról społecznych:**

- tak, nie (jeżeli nie – z jakich powodów) .....
.....
.....

(data i czytelny podpis osoby niepełnosprawnej)
lub opiekuna prawnego osoby niepełnosprawnej)

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu,

** właściwe zaznaczyć

II. Wypełnia PCPR

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

** właściwe zakreślić*

Oborniki, dnia .....

Podpisy osób rozpatrujących wniosek:

Przedstawiciel PCPR -
Pracownik socjalny –

Akceptacja-

Kwestionariusz dotyczący sytuacji społecznej dziecka niepełnosprawnego i jego potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych

I. Wypełnia wnioskodawca (rodzic, opiekun prawny)

1. Dane osobowe:
Imię i nazwisko dziecka .....
PESEL .....
Adres zamieszkania .....
.....

2. Podstawowe problemy zdrowotne:
- niepełnosprawność do 16 roku życia
- stopień niepełnosprawności* - znaczny, umiarkowany, lekki
- schorzenie wiodące.....
- schorzenia współistniejące .....
.....

3. Sytuacja rodzinna:
- liczba osób wspólnie zamieszkujących .....
- liczba dzieci i ich wiek .....
- możliwość zapewnienia opieki dziecku ze strony najbliższej rodziny*- tak w pełnym zakresie
nie, z jakiego powodu .....
.....

4. Sytuacja mieszkaniowa:
- dostosowanie mieszkania do niepełnosprawności dziecka*:
- tak, nie, nie zachodzi konieczność,
- warunki utrudniające funkcjonowanie w mieszkaniu .....
.....
- własny pokój* – tak, nie,

5. Źródła utrzymania rodziny*:
- wynagrodzenie za pracę, renta, emerytura, zasiłki z pomocy społecznej, pomoc finansowa rodziny, pomoc finansowa ze strony innych osób, inne świadczenia .....
.....

6. Możliwość samodzielnego wykonywania czynności:
w zakresie samoobsługi*:
- samodzielnie, częściowo przy pomocy osób drugich, całkowicie przy pomocy osób drugich,
w zakresie poruszania się*:
- bez problemów, częściowo przy pomocy osób drugich, całkowicie przy pomocy osób drugich.
w zakresie komunikowania się:
- prawidłowa- tak, nie – z jakiego powodu .....

.....
(data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego dziecka)

* właściwe zaznaczyć

Załącznik nr 4 do Zarządzenia nr 9.2022 z dnia 31.03.2022r.

PEŁNOMOCNICTWO

Dane osoby, która udziela pełnomocnictwa:

Imię/imiona.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)

.....

Adres do korespondencji.....

Numer telefonu.....

Numer e-mail.....

Oświadczenie o udzieleniu pełnomocnictwa:

Niniejszym udzielam pełnomocnictwa Pani/Panu:

Imię/imiona.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)

.....

Adres do korespondencji.....

Numer telefonu.....

Numer e-mail.....

Pełnomocnictwo obejmuje upoważnienie do dokonywania na rzecz mocodawcy wszystkich czynności związanych z wnioskiem o dofinansowanie złożonym w systemie SOW, a w szczególności do podpisania, poprawiania i uzupełniania wniosku o dofinansowanie w systemie SOW, udzielania wyjaśnień i informacji potrzebnych w trakcie rozpatrywania wniosku o dofinansowanie, zawarcia i rozliczenia umowy o dofinansowanie oraz wszelkich działań związanych z realizacją zobowiązań wynikających z umowy dofinansowania zawartej na podstawie wniosku o dofinansowanie. Dla realizacji ww. celów stanowiących przedmiot pełnomocnictwa, niniejsze pełnomocnictwo upoważnia do posługiwania się jego skanem w sieci informatycznej systemu SOW, jak również do okazania/przesłania na wezwanie wersji papierowej oryginału niniejszego pełnomocnictwa lub prawidłowo poświadczonego odpisu pełnomocnictwa.

Pełnomocnictwa udziela się na czas niezbędny do realizacji wszystkich ww. czynności związanych ze złożonym w systemie SOW wnioskiem o dofinansowanie. Pełnomocnictwo może być odwołane przez mocodawcę w każdym czasie.

Potwierdzam prawdziwość i aktualność danych zawartych w niniejszym pełnomocnictwie. Zmiana treści pełnomocnictwa wymaga wprowadzenia do systemu SOW nowego dokumentu pełnomocnictwa, za wyjątkiem zmian danych adresowo-kontaktowych pełnomocnika, o których pełnomocnik poinformuje za pośrednictwem systemu SOW.

.....	.....
data	czytelny podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa

Załącznik nr 5 do Zarządzenia nr 9.2022 z dnia 31.03.2022r.

Miejscowość, data .....

Pani/Pan

.....

Niniejszym odwołuję pełnomocnictwo udzielone Pani/Panu w dniu ..... obejmujące upoważnienie do dokonywania na moją rzecz wszystkich czynności związanych z wnioskiem o dofinansowanie złożonym w systemie SOW, a w szczególności do podpisania, poprawiania i uzupełniania wniosku o dofinansowanie w systemie SOW, udzielania wyjaśnień i informacji potrzebnych w trakcie rozpatrywania wniosku o dofinansowanie, zawarcia i rozliczenia umowy o dofinansowanie oraz wszelkich działań związanych z realizacją zobowiązań wynikających z umowy dofinansowania zawartej na podstawie wniosku o dofinansowanie oraz posługiwanie się jego skanem w sieci informatycznej systemu SOW, jak również do okazania/przesłania na wezwanie wersji papierowej oryginału udzielonego pełnomocnictwa lub prawidłowo poświadczonego odpisu pełnomocnictwa.

Jednocześnie proszę o niezwłoczny zwrot dokumentu pełnomocnictwa oraz przekazanie skanu mojego oświadczenia o odwołaniu pełnomocnictwa do systemu SOW.

.....
data

.....
czytelny podpis osoby odwołującej pełnomocnictwo

Załącznik nr 6 do Zarządzenia nr 9.2022 z dnia 31.03.2022r..

.....

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 ☐ upośledzenie umysłowe

☐ osoba poruszająca się na wozku inwalidzkim ☐ choroba psychiczna

☐ dysfunkcja narządu wzroku ☐ padaczka

☐ dysfunkcja narządu słuchu ☐ inne (jakie?) .....

☐ schorzenia układu krążenia .....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

☐ NIE

☐ TAK – uzasadnienie .....

.....

.....

.....

.....

UWAGI .....

.....

.....

.....

.....

(data) (pieczątka i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć

Załącznik nr 7 do Zarządzenia nr 9.2022 z dnia 31.03.2022r.

Ogólna klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) – dalej RODO – informujemy, że:

1. Administratorami Pani/Pana danych osobowych są:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Obornikach z siedzibą przy ul.11 Listopada 2A, (64-600 Oborniki);

2. Inspektor Ochrony Danych

W sprawach ochrony Pani/Pana danych można kontaktować się z wyznaczonym Inspektorem Ochrony Danych pod adresem: e-mail iod@synergiaconsulting.pl pod numerem telefonu 500 610 605 lub pisemnie na adres siedziby Administratora;

3. Ogólne cele i podstawy przetwarzania

Administrator będzie przetwarzał Pani/Pana dane osobowe przede wszystkim w celu realizacji; zadań własnych, zleconych, powierzonych określonych w:

1) ustawie z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych;
2) ustawie z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
3) ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
4) ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
5) ustawie z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie

Ogólne podstawy przetwarzania danych osobowych przez Administratora zawarte są w art. 6 ust. 1 lit a-f RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO.

Dokładne informacje o celach i podstawach prawnych przetwarzania danych osobowych są dostępne we wnioskach, zaświadczeniach dotyczących danej sprawy.

4. Odbiorcy danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane:

1) podmiotom, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej z administratorem umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych m.in. firmom informatycznym, hostingowym, prawniczym, audytorskim, firmom zajmującym się ochroną danych osobowych,
2) oprócz tego możemy zostać zobowiązani np. na podstawie przepisu prawa do udostępnienia Pana/Pani danych osobowych podmiotom prywatnym i publicznym

5. Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane w celach archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny wynikający z przepisów dotyczących archiwizowania dokumentów obowiązujących u Administratora (Rzeczowy Wykaz Akt), w przypadku przetwarzania na podstawie zgody do czasu zrealizowania celu lub jej odwołania.

6. Posiada Pani/Pan prawo do;

1) dostępu do treści swoich danych na podstawie art. 15 RODO przy czym:
   Prawo dostępu do Pani/Pana danych osobowych, które zostały zebrane w sposób pośredni (z innych źródeł) w pewnych okolicznościach będzie ograniczone tj. w sytuacjach gdy żądanie dostępu do Pani Pana danych mogłoby wpłynąć na prawa i wolności osób od których dane pozyskano. Powyższe ograniczenie wynika z przepisów: ustawy – Kodeks postępowania administracyjnego.
   W przypadku żądań dostępu do Pani/Pana danych osobowych w związku z zakończonymi postępowaniami w trybach ustawy – Prawo zamówień publicznych, w przypadkach gdy Pani/Pana

żądanie wymagałoby niewspółmiernie dużego wysiłku by je zrealizować, Administrator ma prawo oczekiwać od Pani/Pana wskazania dodatkowych informacji mających w szczególności na celu sprecyzowanie nazwy lub daty zakończonego postępowania o udzielenie zamówienia

2) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe;
3) żądania usunięcia danych na podstawie art. 17 RODO (z zastrzeżeniem ust 3 lit b i e);
4) prawo do przenoszenia danych, na podstawie art. 20 RODO,
5) ograniczenia przetwarzania na podstawie art. 18 RODO'
6) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. 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.

7. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych

W przypadkach gdy przetwarzanie danych wynika z przepisów prawa podanie przez Pani/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, nie podanie danych będzie skutkować brakiem rozpatrzenia sprawy. W pozostałych przypadkach jest dobrowolne.

8. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany. jednak nie będzie to prowadziło do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym dane nie będą profilowane.

.....

podpis Wnioskodawcy