

Zarządzenie nr 3.2021
z dnia 25 marca 2021r.

**Zarządzenie nr 3.2021
Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Obornikach
z dnia 25 marca 2021r.**

w sprawie: zasad przyznawania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dofinansowań do uczestnictwa osób niepełnosprawnych w turnusach rehabilitacyjnych w 2021 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 2020r. poz.426 z późn.zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz.U. z 2007r. 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 Niepełnosprawnych, działającą przy Staroście Obornickim, przyjmuje się do realizacji następujące zasady przyznawania w **2021r.** 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 niepełnosprawnej 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 i Załącznik nr 2 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, realizację i rozwijanie zainteresowań, a także przez udział w innych zajęciach przewidzianych programem turnusu, w 2021 roku w punktacji bierze się pod uwagę:

- a) posiadany stopień niepełnosprawności na podstawie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego / posiadana 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*),
- f) brak możliwości realizacji otrzymanego dofinansowania uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym w 2020r. z powodu ustanowienia ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 09.10.2020r. (Dz.U. 2020 poz. 1758) oraz rozporządzeń zmieniających z dnia 23.10.2020r.(Dz.U. 2020, poz.1871), z dnia 30.10.2020r. (Dz.U. 2020,poz. 1917), z dnia 21.12.2020r. (Dz.U.2020, poz.2316).

§ 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 **oboju** 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 2021 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 2021r. określa Uchwała Rady Powiatu Obornickiego przyjęta w 2021r, z czego kwota 60 000,00 zł. zostaje wyodrębniona na realizację wniosków osób niepełnosprawnych, o których mowa w §1 ust. 1 pkt 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

Zasady określone niniejszym zarządzeniem obowiązują w 2021 r.

§9

Wykonanie Zarządzenia powierza się Elizie Korzeniewskiej.

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

**KARTA OCENY WNIOSKU o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
dla niepełnosprawnej osoby dorosłej**

Wniosek nr 4111 2021				
Imię i nazwisko Wnioskodawcy				
L.p.	KRYTERIA OCENY WNIOSKU	Liczba punktów	Maksymalna liczna punktów	Punktacja wniosku
1.	Osoby posiadające orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne :			
a)	Osoba ze znacznym stopniem /całkowitą niezdolnością do pracy i samodzielnej egzystencji/ I grupą inwalidów /	20	25	
b)	Osoba z umiarkowanym stopniem/ całkowitą niezdolnością do pracy/ II grupą inwalidów	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	15	
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		
e)	niepełnosprawność nie jest sprzężona - jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z orzeczenia	1		
4.	Wysokość dochodu (w przeliczeniu na 1 osobę w gospodarstwie domowym):			
a)	wielooosobowe gospodarstwo domowe do 1000 zł	10	10	
b)	wielooosobowe gospodarstwo domowe od 1001 do 2500 zł	5		
c)	wielooosobowe gospodarstwo domowe powyżej 2500 zł	1		
d)	jednoosobowe gospodarstwo domowe do 1500 zł	10		

e)	jednoosobowe gospodarstwo domowe od 1501 zł do 2700 zł.	5		
f)	Jednoosobowe gospodarstwo domowe powyżej 2700 zł.	1		
5. Częstotliwość udzielanej pomocy				
a)	osoba nigdy nie korzystała z dofinansowania turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON	10	10	
b)	osoba korzystała z dofinansowania w ubiegłych latach, z wyłączeniem 2020r.	5		
c)	osoba korzystała z dofinansowania w 2020r.	1		
6. Konieczność korzystania z opieki osoby drugiej na turnusie rehabilitacyjnym				
a)	Tak	5	5	
b)	Nie	0		
7. Brak możliwości realizacji otrzymanego dofinansowania uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym w 2020r. z powodu ustanowienia ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 09.10.2020r. (Dz.U. 2020 poz. 1758) oraz rozporządzeń zmieniających z dnia 23.10.2020r.(Dz.U. 2020, poz.1871), z dnia 30.10.2020r. (Dz.U. 2020,poz. 1917), z dnia 21.12.2020r. (Dz.U.2020, poz.2316).				
		5	5	
Razem ocena wniosku (pkt.1-7)			Maksymalnie 70 pkt.	
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.**

TAK

NIE

Data i podpis pracownika socjalnego dokonującego oceny wniosku

Data i podpis pracownika merytorycznego

Data i podpis osoby zatwierdzającej

(pieczętka imienna Dyrektora PCPR)

**KARTA OCENY WNIOSKU o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
dla małoletniej osoby niepełnosprawnej**

Wniosek nr 4112 2021				
Imię i nazwisko Wnioskodawcy				
L.p.	KRYTERIA OCENY WNIOSKU	Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Punktacja wniosku
1.	Osoby niepełnosprawne małoletnie			
a)	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	20	
b)	osoby niepełnosprawne w wieku do 16 r.ż. wymagające stałego współudziału opiekuna w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji	10		
c)	osoby niepełnosprawne w wieku od 16 do 18 r.ż. posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	20		
d)	osoby niepełnosprawne w wieku od 16 do 18 r.ż. posiadające orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	10		
e)	osoby niepełnosprawne w wieku od 16 do 18 r.ż. posiadające orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności	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	15	
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		
	niepełnosprawność jest sprzężona - dwie przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia	3		

	niepełnosprawność jest sprzężona - jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z orzeczenia	1		
3. Dochód rodziny w przeliczeniu na 1 osobę w gospodarstwie domowym:				
a)	gospodarstwo domowe do 1000 zł.	10	10	
b)	gospodarstwo domowe od 1001 do 2500 zł.	5		
c)	gospodarstwo domowe powyżej 2500 zł.	1		
4. Częstotliwość udzielanej pomocy				
a)	osoba niepełnosprawna nigdy nie korzystała z dofinansowania turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON	10	10	
b)	osoba niepełnosprawna korzystała z dofinansowania turnusu rehabilitacyjnego w latach ubiegłych, z wyłączeniem roku 2020	5		
c)	osoba korzystała z dofinansowania w 2020r	1		
5. Brak możliwości realizacji otrzymanego dofinansowania uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym w 2020r. z powodu ustanowienia ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 09.10.2020r. (Dz.U. 2020 poz. 1758) oraz rozporządzeń zmieniających z dnia 23.10.2020r.(Dz.U. 2020, poz.1871), z dnia 30.10.2020r. (Dz.U. 2020,poz. 1917), z dnia 21.12.2020r. (Dz.U.2020, poz.2316).				
Razem ocena wniosku (pkt.1-5)			Maksymalnie 60 pkt.	
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.

TAK

NIE

Data i podpis pracownika socjalnego dokonującego oceny wniosku

Data i podpis pracownika merytorycznego

Data i podpis osoby zatwierdzającej

(pieczęćka imienna Dyrektora PCPR)

**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

**Kwestionariusz dotyczący sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej
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 drugih, całkowicie przy pomocy osób drugih,

- samodzielne korzystanie ze środków komunikacji – tak, nie,

w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego:**

- sprzątanie, gotowanie, zakupy – tak, nie,

- w jakich czynnościach konieczna jest pomoc osób drugih

.....

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 wnioski:

Przedstawiciel PCPR -

Pracownik socjalny –

Przedstawiciel PSRd/Son -

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 drugih, całkowicie przy pomocy osób drugih,

w zakresie poruszania się*:

- bez problemów, częściowo przy pomocy osób drugih, całkowicie przy pomocy osób drugih.

w zakresie komunikowania się:

- prawidłowa- tak, nie – z jakiego powodu

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

* właściwe zaznaczyć

II. Wypełnia PCPR

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

* właściwie zakreślić

Oborniki, dnia

Podpisy osób rozpatrujących wnioski:

Przedstawiciel PCPR -
Pracownik socjalny –
Przedstawiciel PSRd/Son -

Akceptacja-

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres (miejsce pobytu*)

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:*

- dysfunkcja narządu ruchu dysfunkcja narządu słuchu dysfunkcja narządu wzroku
 upośledzenie umysłowe choroba psychiczna epilepsja
 schorzenia układu krążenia inne (jakie?)

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne*

- oproteźowanie/zaopatrzenie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)
 oproteźowanie/zaopatrzenie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)
 wózek inwalidzki kule łokciowe inne (jakie?).....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie*

- Nie
 Tak –
uzasadnienie.....
.....

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania):

Uzasadnienie wniosku:.....
.....

Data

Pieczęć i podpis lekarza

**właściwe zakresli*

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 skutkowało 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