



**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

## **TURNUSY – LISTA ZAŁĄCZNIKÓW:**

- 1. Orzeczenie lub dokument równoważny**
- 2. Zaświadczenie lekarskie - skierowanie na turnus - wg załącznika**
- 3. Informacja o stanie zdrowia - dokumentu nie składamy do wniosku, tylko zabieramy ze sobą na turnus rehabilitacyjny, po wypełnieniu przez lekarza ( UWAGA! druk ważny jest 30 dni od daty wypisania ) - wg załącznika**
- 4. Oświadczenie RODO - wg załącznika**
- 5. Oświadczenie o przyjęciu do wiadomości terminu rozpatrzenia wniosku - wg załącznika**
- 6. Oświadczenie opiekuna osoby niepełnosprawnej ( tylko jeśli jest wskazany opiekun na skierowaniu od lekarza ) - wg załącznika**

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
.....  
(Imię, Nazwisko, Adres)

## OŚWIADCZENIE RODO

Przyjmuję do wiadomości, że podanie danych zawartych we wniosku jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wniosku. Dane osobowe podane we wniosku będą przetwarzane w celu wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi (art. 6 ust. 1 lit. e RODO<sup>1</sup>), na podstawie Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25.06.2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatów, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz na podstawie art. 35a ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szamotułach z siedzibą ul. Wojska Polskiego 1, 64-500 Szamotuły, szczegółowe informacje dot. przetwarzania danych osobowych są dostępne pod adresem:

[http://www.szamotuly.pcpr.pl/index.php?option=com\\_content&view=article&id=195&Itemid=427](http://www.szamotuly.pcpr.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=195&Itemid=427)

.....  
(podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej)

<sup>1</sup> 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)

---

---

---

(Miejscowość, data)

(Imię, Nazwisko, Adres)

### **Oświadczenie o przyjęciu do wiadomości terminu rozpatrzenia wniosku**

Przyjmuję do wiadomości, że złożony przeze mnie wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dotyczący turnusu rehabilitacyjnego rozpatrzony będzie po otrzymaniu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szamotułach informacji z Zarządu Funduszu o wielkości środków finansowych przeznaczonych dla Powiatu Szamotulskiego na bieżący rok oraz podjęciu uchwały przez Radę Powiatu określającą zakres realizowanych zadań i wysokości środków na te zadania.

---

(podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej)

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ  
DLA PCPR W SZAMOTUŁACH**

Nazwisko i imię .....

Adres zamieszkania .....

Dowód osobisty:

Seria: .....

Numer: .....

PESEL: .....

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej .....  
zobowiązuje się do sprawowania opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego i zwracam  
się z uprzejmą prośbą o przyznanie dofinansowania do kosztów uczestnictwa w turnusie  
rehabilitacyjnym dla opiekuna osoby niepełnosprawnej.

.....  
data (dzień-miesiąc-rok)

.....  
czytelny podpis

.....  
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 \*\***

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

### **Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

- NIE
- TAK – uzasadnienie .....
- .....
- .....
- .....
- .....

UWAGI .....

.....

.....

.....

.....  
(data)

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* Właściwe zaznaczyć

.....  
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

### INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

<b>Imię i nazwisko:</b>	
<b>Zamieszkała/y:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>Rozpoznanie choroby zasadniczej:</b>	
<b>Choroby współistniejące, przebyte operacje:</b>	
<b>Uczulenia:</b>	
<b>Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne:</b>	
<b>Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych:</b>	
<b>Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16 roku życia:</b>	
<b>Szczepienia ochronne (daty) – dotyczy osób do 16 roku życia:</b>	

.....  
Data

.....  
Pieczęć i podpis lekarza