

**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

**Numer orzeczenia:**

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.

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

#### Klauzula RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

#### Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

#### Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

#### Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

#### Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

#### Podstawa prawna przetwarzania

RODO - 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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

#### Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

**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: .....

.....

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**

.....  
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)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

.....  
\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* Właściwie 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



---

(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 sprawozdania 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