

**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.....

Adres zamieszkania\*.....

Nr telefonu .....

Data urodzenia .....

Imię i nazwisko rodzica (opiekuna).....

PESEL..... nr telefonu .....

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                     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

**Uwaga! Do wniosku należy dołączyć kopię orzeczenia o grupie inwalidzkiej lub stopniu niepełnosprawności**

## KLAUZULA

### informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych

Pani/Pana .....  
(imię i nazwisko)

w sprawie przyznania dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, zwane dalej także RODO) informuję, iż:

1) Administratorem Pani/Pana /lub dziecka\* danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Pile, al. Niepodległości 37.

2) Pani/Pana /lub dziecka\* dane osobowe *przetwarzane będą* w celu związanym z prowadzonym postępowaniem w sprawie o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, a to na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z art. 35a ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1172 z późn. zm.), § 5.2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być dofinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r., poz 926 ze zmianami).

3) Pani/Pana / dziecka\* dane osobowe nie będą/będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

4) Pani/Pana /lub dziecka\* dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat wynikający z przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.

5) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz/lub danych dziecka oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, co do danych osobowych, których podanie jest dobrowolne- prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem. Oświadczenie o cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej lub elektronicznej na adres mailowy: [rodo@pcpr.pila.pl](mailto:rodo@pcpr.pila.pl)

W celu skorzystania z wskazanych wyżej praw mogą Państwo zgłosić się do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pile lub przesłać wniosek na adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pile listownie lub drogą elektroniczną: [rodo@pcpr.pila.pl](mailto:rodo@pcpr.pila.pl)

Tutejszy organ - Administrator danych osobowych - bez zbędnej zwłoki - a w każdym razie w terminie miesiąca od dnia wpłynięcia wniosku - udziela osobie, której dane dotyczą, informacji o działaniach podjętych w związku z realizacją ww. praw. W razie potrzeby termin ten może zostać przedłużony o kolejne dwa miesiące z uwagi na skomplikowany charakter żądania lub liczbę żądań. W terminie miesiąca od otrzymania żądania Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pile informuje osobę, której dane dotyczą o takim przedłużeniu terminu, z podaniem przyczyn opóźnienia.

6) Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana /lub dziecka narusza przepisy RODO.

Zapoznałam/em się w informacjami i pouczeniem zawartymi w niniejszej klauzuli.

Przedmiotowe informacje są dla mnie zrozumiałe.

.....

Data i podpis wnioskodawcy/ strony

\* niepotrzebne skreslić

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## **Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny**

Imię i nazwisko .....

PESEL.....

Adres (miejsce pobytu) .....

### Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\*\*:

- dysfunkcja narządu ruchu       dysfunkcja narządu słuchu       dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe       choroby psychiczne       epilepsja
- schorzenia układu krążenia
- inne jakie .....

### Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne:\*\*

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

### Konieczność pobytu opiekuna j na turnusie\*

- Nie
- Tak – uzasadnienie .....

### Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania):

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

### Uzasadnienie wniosku:

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

.....  
Data

\*\* Właściwe zaznaczyć

.....  
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(adres)

## **OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/na świadomy/ma odpowiedzialności karnej oświadczam, że:

1. Nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz, że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
2. Będę uczestniczył/a w zajęciach przewidzianych w programie turnusu.
3. Nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego członka turnusu.
4. Przedstawię podczas pierwszego badania na turnusie zaświadczenie lekarskie o aktualnym stanie zdrowia.
5. Moim opiekunem/opiekunem mojego dziecka\* na turnusie będzie:

.....  
(imię i nazwisko, adres opiekuna)

6. Wyżej wymieniony opiekun:

- nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie;
- nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby;
- ukończył 18 lat\* lub ukończył 16 lat i jest członkiem rodziny zamieszkującym wspólnie ze mną.

\* niewłaściwe skreślić

.....  
(czytelny podpis opiekuna)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)