

# 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)

## **OSWIADCZENIE**

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, wyniósł ..... 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.

\*\* Właściwie zaznaczyć.

\*\*\* Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

---

## **Wypełnia PCPR**

.....  
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....  
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 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) (Dz. U. UE. L. 119.1 z 04.05.2016) informuję, iż:

*Administratorem danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Ząbkowicach Śląskich (57-200) przy ulicy Bolesława Prusa 5. Z administratorem można skontaktować się mailowo: [sekretariat@pcpr-zabkowiceslaskie.pl](mailto:sekretariat@pcpr-zabkowiceslaskie.pl) lub pisemnie na adres siedziby administratora.*

*Dyrektor wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez e-mail: [iod@zabkowice-powiat.pl](mailto:iod@zabkowice-powiat.pl).*

*Dane przetwarzane są dla celów związanych z rozpatrzeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.*

*Dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych, którymi mogą być podmioty upoważnione na podstawie odpowiednich przepisów prawa. Szczegółowe informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych zamieszczone zostały w klauzuli informacyjnej wywieszanej na tablicy ogłoszeń lub na stronie internetowej: [www.pcpr-zabkowiceslaskie.pl/klauzula-informacyjna](http://www.pcpr-zabkowiceslaskie.pl/klauzula-informacyjna).*

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz informacji dotyczących zdrowia dla potrzeb rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym oraz realizacji obowiązków względem Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ząbkowicach Śląskich.

.....  
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

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

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

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

### **Uwagi:**

.....

.....

.....

.....

.....

\*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć.

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

## INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania\* .....

.....

*\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu*

Rodzaj turnusu .....

termin turnusu: od ..... do .....

### **Dane organizatora turnusu :**

Nazwa i adres z kodem pocztowym.....

.....

.....

### **Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus:**

Nazwa i adres z kodem pocztowym .....

.....

.....

**Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym, przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.**

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

\*w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

## OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a .....  
zamieszkały/a .....  
PESEL .....  
Data urodzenia .....  
Jako opiekun osoby niepełnosprawnej .....  
(imię i nazwisko uczestnika turnusu)  
zobowiązuje się do sprawowania nad nią stałej opieki w czasie trwania turnusu  
rehabilitacyjnego.

Ponadto oświadczam, że zgodnie z §4 ust. 2 pkt. 2 rozporządzeniem Ministra pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 r. Nr 230, Poz. 1694 z późn. zm.):

- a) nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na tym turnusie\*
- b) nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby\*
- c) ukończyłem 18 lat\*
- d) ukończyłem 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej\*

\*właściwe zaznaczyć

### KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 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) (Dz. U. UE. L. 119.1 z 04.05.2016) informuję, iż:

Administratorem danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Ząbkowicach Śląskich (57-200) przy ulicy Bolesława Prusa 5. Z administratorem można skontaktować się mailowo: [sekretariat@pcpr-zabkowiceslaskie.pl](mailto:sekretariat@pcpr-zabkowiceslaskie.pl) lub pisemnie na adres siedziby administratora. Dyrektor wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez e-mail: [iod@zabkowice-powiat.pl](mailto:iod@zabkowice-powiat.pl).

Dane przetwarzane są dla celów związanych z rozpatrzeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych, którymi mogą być podmioty upoważnione na podstawie odpowiednich przepisów prawa. Szczegółowe informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych zamieszczone zostały w klauzuli informacyjnej wywieszanej na tablicy ogłoszeń lub na stronie internetowej: [www.pcpr-zabkowiceslaskie.pl/klauzula-informacyjna](http://www.pcpr-zabkowiceslaskie.pl/klauzula-informacyjna).

.....  
czytelny podpis opiekuna