

## **Wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

Do wniosku należy dołączyć: **(oryginały do wglądu)**

- **kopia aktualnego orzeczenia** o stopniu niepełnosprawności lub grupie inwalidzkiej, niezdolności do pracy, w przypadku dzieci do 16 roku życia orzeczenie o niepełnosprawności, lub orzeczenie o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (wydane przed dniem 01 stycznia 1998r.),
- **zaświadczenia o dochodach** netto wszystkich osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe (za 3 ostatnie miesiące poprzedzające miesiąc złożenia wniosku),
- **wniosek lekarza**, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna, o skierowanie na turnus rehabilitacyjny, sporządzony nie wcześniej niż na trzy miesiące przed datą złożenia wniosku (załącznik nr 2 do wniosku – wypełnia lekarz), zaświadczenie należy wypełniać nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą złożenia,
- w przypadku **osoby w wieku od 16 do 24 roku życia uczącej się i niepracującej** dokument potwierdzający pobieranie nauki (np. zaświadczenie legitymacja szkolna),
- **zgodna na przetwarzanie danych osobowych** (wzór stanowi załącznik nr 1 do wniosku),
- **oświadczenie** przedstawiciela ustawowego (wzór stanowi załącznik nr 4 do wniosku).

### **UWAGA:**

**We wniosku należy wypełnić wszystkie rubryki ewentualnie wpisać „nie dotyczy”. W przypadku gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ...”**

**Wnioski rozpatrywane są wyłącznie kompletne i prawidłowo wypełnione, według kolejności napływania, do momentu wyczerpania środków PFRON na dany rok kalendarzowy.**

**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.

\*\* Właściwie 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: .....

.....

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: .....

.....

podpis

.....

data

niepotrzebne skreślić

\*

## ZGODA NA PRZETWARZANIE NUMERU TELEFONU

Wyrażam/nie wyrażam zgody na wykorzystanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Głogowie ul. Słowiańska 13, 67-200 Głogów, numeru telefonu w celach kontaktowych związanych ze złożonym wnioskiem.

.....  
*Data, podpis osoby składającej wniosek*

## INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), informujemy że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Głogowie, ul. Słowiańska 13, 67-200 Głogów, reprezentowana przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Głogowie.
2. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi osobowymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych (IOD): [iodo@amt24.biz](mailto:iodo@amt24.biz), tel: 76 300 01 40.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu rozpatrzenia złożonego wniosku oraz w celach kontaktowych związanych z w/w wnioskiem.
4. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 6 pkt 1 lit. c RODO – przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, ustawa z dnia 14 czerwca 1960r. – Kodeks Postępowania Administracyjnego, a także art. 6 pkt 1 lit a RODO – osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów – zgoda dotyczy numeru telefonu lub adresu e-mail.
5. Odbiorca lub kategorie odbiorców: Podmioty upoważnione na podstawie zawartych umów powierzenia oraz uprawnione na mocy obowiązujących przepisów prawa.
6. Dane przetwarzane będą przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
7. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania oraz ograniczenia przetwarzania.
8. Ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody dotyczącej numeru telefonu lub adresu e-mail w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Ma Pani/pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-913 Warszawa.
10. Podanie danych jest wymogiem ustawowym i niezbędnym do rozpatrzenia wniosku
11. Konsekwencją niepodania danych będzie nierozpatrzenie wniosku.

**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

.....  
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

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

### KONIECZNOŚĆ POBYTU OPIEKUNA NA TURNUSIE:

NIE

TAK - uzasadnienie

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

### UWAGI:

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

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

---

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć