



**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)

**1. Dane dotyczące wnioskodawcy:**

Imię i nazwisko: .....

PESEL (albo numer dokumentu tożsamości): .....data urodzenia.....

Adres zamieszkania\*: .....

[ ] wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. nr telefonu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wałbrzychu w celu kontaktowania się ze mną w sprawach związanych z dofinansowaniem do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym: Numer 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 samodzielnej egzystencji [ ] o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym
- 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 tylko, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)*

**2. 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 wspólnie zamieszkałych wynosi: .....

Sposób wyliczenia średniego miesięcznego dochodu przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

<b>średni miesięczny dochód przypadający na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą</b>	=	$\frac{\text{łączny średni miesięczny dochód wszystkich osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym}}{\text{liczba osób w gospodarstwie domowym}}$
--	---	---

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych wynikającej z Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny ( Dz. U. Nr 88 poz. 553 ze zm.) O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.  
 Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia. Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

.....  
 (data)

.....  
 (czytelny podpis wnioskodawcy)

.....  
 (data wpływu wniosku do PCPR)

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

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. Kopia orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r. (oryginał do wglądu),
2. W przypadku kiedy wniosek składany jest przez pełnomocnika, opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego, należy przedłożyć kopię postanowienia Sądu Rejonowego lub pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza (oryginał do wglądu),
3. W przypadku, kiedy osoba niepełnosprawna składająca wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON nie może podpisać się na wniosku (lecz mogąca czytać), wtedy należy dołączyć do wniosku:
  - a. kopię dowodu osobistego Wnioskodawcy (oryginał do wglądu),
  - b. odcisk atramentowy palca Wnioskodawcy stawianego w miejscu podpisu,
  - c. czytelny podpis pod odciskiem Wnioskodawcy, złożony przez osobę, która potwierdza, że jest to odcisk Wnioskodawcy.

.....  
(pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej)

.....  
(data)

### 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 w zakresie..... .....	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu słuchu	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Dysfunkcja narządu wzroku	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Upośledzenie umysłowe	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Choroba psychiczna	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Padaczka	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Schorzenie układu krążenia	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne, jakie ..... .....	pieczęćka, nr i podpis lekarza
Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:		
<input type="checkbox"/>	NIE	pieczęćka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	TAK – uzasadnienie ..... ..... .....	pieczęćka, nr i podpis lekarza

\*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

**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 dnia ..... sygn. Akt\*:* .....

*na mocy pełnomocnictwa potwierdzanego przez Notariusza\*:* .....

.....

*z dnia ..... repetytorium nr: .....*

.....

data

.....

podpis

przedstawiciela ustawowego\*  
opiekuna prawnego  
pełnomocnika\*

\*niepotrzebne skreślić

## **Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO)

Informujemy, że:

1. Administratorem danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wałbrzychu z siedzibą przy Al. Wyzwolenia 20-24, 58-300 Wałbrzych.
2. Podane dane są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO – przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze oraz art. 9 ust. 2 lit. b) RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora w dziedzinie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej, które wynikają z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz.U. Nr 230, poz. 1694, z 2014 r. poz. 1937).
3. Dane osobowe przetwarzane są w celu udzielenia dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia danych (w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa) lub ograniczenia przetwarzania danych, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).
5. W przypadku przetwarzania danych na podstawie udzielonej zgody, przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
6. Pani/Pana dane osobowe możemy udostępniać Organizatorowi turnusu rehabilitacyjnego, Ośrodkowi, w którym odbywa się turnus rehabilitacyjny oraz Starostwu Powiatowemu.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą podległy profilowaniu.
8. Podanie danych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego nie jest obowiązkowe, ale jest warunkiem niezbędnym do rozpatrzenia Pani/Pana wniosku. Wynika to stąd, że Administrator może żądać ich podania na podstawie przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz wydanych do niej przepisów wykonawczych. Podanie danych na podstawie udzielonej zgody jest dobrowolne i ich niepodanie nie ma wpływu na rozpatrzenie Pani/Pana wniosku o udzielenie dofinansowania do udziału w turnusie rehabilitacyjnym.
9. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny z Zarządzeniem Dyrektora nr 35 z dnia 14 grudnia 2010 r.
11. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych u Administratora:  
Adres e-mail: [iod@pcpr.walbrzych.pl](mailto:iod@pcpr.walbrzych.pl)  
Nr telefonu: 698 054 582  
Adres do korespondencji: Al. Wyzwolenia 20 – 24, 58 – 300 Wałbrzych.