

# 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 ..... **TELEFON:** .....

PESEL ..... Data urodzenia .....

Adres zamieszkania\*.....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym .....

Adres e-mail: .....

## 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)

## 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.\*\*\*

Administratorem danych jest Powiatowe Centrum pomocy Rodzinie w Świebodzinie(66-200), ul. Żaków3. Kontakt do naszego inspektora ochrony danych: Sławomir Kozieł [iod@powiat.swiebodzin.pl](mailto:iod@powiat.swiebodzin.pl). Dane na formularzu będą przetwarzane w celu procedowania wniosku. Szczegółowe informacje o regułach przetwarzania danych dostępne w sekretariacie oraz na [biuro@pcpr.swiebodzin.pl](mailto:biuro@pcpr.swiebodzin.pl)

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

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

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć.

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

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY ( Rodzic)**

**(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej), opiekun prawny lub pełnomocnik**

Imię i nazwisko: ..... Numer telefonu.....

PESEL lub numer dokumentu tożsamości: ..... Data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

Adres email: .....

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

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Ja niżej podpisany/na .....

Pesel..... tel.....

zamieszkały/a .....

będę pełnić funkcję opiekuna na turnusie dla: .....  
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

Zgodnie z § 4 ust. 2 pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1694), oświadczam, że jako opiekun osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym:

1. nie będę pełnić funkcji członka kadry na tym turnusie,
2. nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
3. ukończyłem/am 18 lat lub ukończyłem/am 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej

Administratorem danych jest Powiatowe Centrum pomocy Rodzinie w Świebodzinie(66-200), ul. Żaków3. Kontakt do naszego inspektora ochrony danych: Sławomir Kozieł [iod@powiat.swiebodzin.pl](mailto:iod@powiat.swiebodzin.pl). Dane na formularzu będą przetwarzane w celu procedowania wniosku. Szczegółowe informacje o regułach przetwarzania danych dostępne w sekretariacie oraz na [biuro@pcpr.swiebodzin.pl](mailto:biuro@pcpr.swiebodzin.pl)

..... dnia ..... /..... /20..... r.

.....  
(podpis opiekuna)

## 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"/> |                                                      |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu   |
| <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 ( <i>jakie?</i> )..... |
|                                                                     |                          | .....                                                |

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

- Nie
- Tak – **uzasadnienie**.....
- .....
- .....
- .....
- .....

### Uwagi:

.....

.....

.....

- \* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu  
\*\* Właściwe zaznaczyć

.....  
(data)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)

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 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, 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.

## INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

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

Imię i nazwisko uczestnika turnusu.....

PESEL albo nr dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania\*.....

.....

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