

RON.....MLL

nr kolejny wniosku

**Wniosek o dofinansowanie  
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

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

Imię i nazwisko .....  
PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....  
Adres zamieszkania\*.....

Data urodzenia.....  
Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik (imię nazwisko, adres zamieszkania).....  
.....  
.....

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

Orzeczenie ma charakter\*\*:  
 trwałe  okresowe do dnia.....

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 zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

**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...../jestem osobą samotną\*\*

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, 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

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

### 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 w jej imieniu rodzice, bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu.....

PESEL albo numer 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 pocztowy).....

.....

**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 systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników.**

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 2016, Nr 119, s. 1) zwanego dalej RODO – informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Szczecinku.
- 2) w sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych może się Pani/Pan kontaktować również z wyznaczonym przez nas Inspektorem ochrony danych kierując korespondencję na adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z dopiskiem Inspektor Ochrony Danych lub na adres e-mail: iod@powiat.szczecinek.pl;
- 3) Pani/Pana dane osobowe będziemy przetwarzać na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c, d, f oraz art. 9 ust 2 lit. b, g, j RODO, w celu rozpatrzenia Pani/Pana wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, a także przekazania oraz rozliczenia przyznanego dofinansowania, w związku z art. 35a pkt 7 ust. a, ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2018 r., poz. 511 ze zm.) oraz z przepisami rozdziału 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 r. Nr 230 poz. 1694 ze zm.); podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych będzie również art. 6 ust. 1 lit. a RODO tzn. wyrażona przez Panią/Pana zgoda na przetwarzanie danych osobowych, których podanie jest dobrowolne i nie wynika z wymogów prawa, cel przetwarzania tych danych osobowych będzie wskazywany każdorazowo w czasie uzyskiwania Pani/Pana zgody\*;
- 4) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą organizator turnusu oraz operator pocztowy, w zakresie niezbędnym do doręczania korespondencji;
- 5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat na podstawie jednolitego rzeczowego wykazu akt stanowiących załącznik nr 3 do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych ( Dz. U. z 2011 r. Nr 14 poz. 67), lub wymagany na podstawie ww. ustaw.;
- 7) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, oraz w uzasadnionych przypadkach prawo do żądania ograniczenia przetwarzania; w odniesieniu do danych osobowych przetwarzanych na podstawie zgody przysługuje Pani/Panu prawo do żądania usunięcia danych\* oraz prawo do przenoszenia danych\*\*
- 8) Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane w procesie zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania;
- 9) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy rozporządzenia RODO;
- 10) Podanie danych osobowych jest obowiązkiem wynikającym z przepisów § 5 ww. rozporządzenia, a odmowa ich podania będzie skutkowałą brakiem możliwości rozpatrzenia Pani/Pana wniosku.

### Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Informujemy, że poniższa zgoda może być w dowolnym momencie wycofana przez osobę, która jej udzieliła. Wycofanie zgody, nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Oświadczenie o wycofaniu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej na podany wyżej adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Szczecinku.

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci:

numeru telefonu,

przez administratora danych, którym jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Szczecinku, ul. Wiatraczna 1, 78-400 Szczecinek w celu ułatwienia kontaktu podczas prowadzenia postępowania w sprawie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.

2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawach przysługujących mi w związku z przetwarzaniem moich danych.

.....  
(data i czytelny podpis)

## OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU

(wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora i adres (z kodem pocztowym) .....

Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusów.....

Potwierdzam możliwość uczestnictwa Pana/Pani.....  
wraz z opiekunem\*\*

w turnusie rehabilitacyjnym/(jakim?).....

w terminie od ..... do .....

w ośrodku (nazwa i adres z kodem pocztowym).....

.....

.....

Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków.....

Całkowity koszt turnusu dla:

osoby niepełnosprawnej.....zł, słownie zł.....

opiekuna osoby niepełnosprawnej\*\*.....zł, słownie zł.....

.....

Zobowiązuje się, nie później niż do 21 dni po zakończeniu turnusu, przesłać do właściwego PCPR „Informację o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego”. Informacja o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego będzie sporządzona odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania ze środków PFRON.

W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w turnusie osoby niepełnosprawnej lub w przypadku stwierdzenia w wyniku kontroli rażących uchybień w zakresie realizacji turnusu, zobowiązuję się do zwrotu 100% środków, które przekazało PCPR na dofinansowanie uczestnictwa tej osoby i jej opiekuna, w terminie do 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu- rachunek bankowy PCPR.

Środki przyznane osobie niepełnosprawnej i jej opiekunowi\* \*proszę przekazać na rachunek bankowy:

Nazwa banku.....

oddział.....nr konta.....

.....

(data)

.....

(pieczęć i czytelny podpis organizatora)

\*\* Niepotrzebne skreślić