

## 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)

#### 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: .....

.....

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

.....  
pieczętka 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"/> choroba psychiczna         |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> padaczka                   |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu                  | <input type="checkbox"/> schorzenie 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)

.....  
( pieczętka i podpis lekarza )

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.  
\*\* Właściwie zaznaczyć



## **Oświadczenie**

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kluczborku, Ul. Sienkiewicza 20B, 46-200 Kluczbork oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, dla potrzeb związanych z realizacją zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kluczborku na rzecz osób niepełnosprawnych finansowanych ze środków PFRON, zgodnie z Rozporządzeniem 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).
2. Wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji mojego wniosku.
3. Dane podaję dobrowolnie i są one zgodne z prawdą.
4. Zapoznałem/am się z umieszczoną poniżej klauzulą informacyjną.

.....  
Data i czytelny podpis

### **Klauzula informacyjna w sytuacji ubiegania się o dofinansowanie ze środków PFRON**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 RODO informujemy, iż:

1. W związku z Pani/Pana wnioskiem o udzielenie dofinansowania ze środków PFRON mamy prawo przetwarzać dane osobowe Pani/Pana jak również Pani/Pana rodziny.
2. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kluczborku, której siedziba mieści się przy ul. Sienkiewicza 20B, 46-200 Kluczbork.
3. W jednostce powołano Inspektora Ochrony Danych Osobowych.

KONTAKT DO INSPEKTORA OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH:

Tel. 77 418 00 30, e-mail: [dpo@pcprkluczbork.pl](mailto:dpo@pcprkluczbork.pl)

4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest
  - ustawa z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2021, poz 573, z późn. zm.)
  - RODO – rozporządzenie 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, zwanej dalej „RODO”
  - Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. b, c, e oraz f RODO

- Podstawą prawną przetwarzania w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust.2 lit. g RODO.
5. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.
  6. Odbiorcami danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa. Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymanie systemów informatycznych.
  7. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z ustawy z dnia 14 lipca 1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U z 2018, poz. 217 ze zm.) oraz rozporządzeń wykonawczych do tej ustawy.
  8. Przysługują Pani/Panu prawa: do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, do przenoszenia danych.
  9. Jeśli uważasz, że przetwarzanie przez Centrum danych osobowych jest niezgodne z RODO, wówczas przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, który jest organem nadzorczym.
  10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne. Jednak brak tych danych uniemożliwi podjęcie przez Centrum dalszych kroków w celu realizacji wniosku.

## **ZAŁĄCZNIK nr 1 DO WNIOSKU - TURNUSY REHABILITACYJNE**

**Numer telefonu** Wnioskodawcy: .....

(Podanie numeru telefonu przyspieszy kontakt w sytuacjach wymagających wyjaśnienia)

**Adres e-mail:**.....

(adres e-mail jest konieczny do rejestracji wniosku w systemie SOW – jeśli osoba niepełnosprawna nie posiada adresu e-mail proszę wpisać: **BRAK** w takiej sytuacji system wygeneruje fikcyjny adres e-mail)

### **Dane dotyczące opiekuna osoby niepełnosprawnej:**

Miejsce zamieszkania: .....

wieś  miasto

Wiek: .....