

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

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

Imię i nazwisko: .....

PESEL albo nr dokumentu tożsamości: .....

Adres zamieszkania\*: .....

Data urodzenia: ..... nr telefonu: .....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym: .....

### Posiadane orzeczenie\*\*

a) o stopniu niepełnosprawności:  znacznym  umiarkowanym  lekkim

b) o zaliczeniu do jednej z grup:  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 rodziny, 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

\*\* Właściwe zaznaczyć

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

Załączniki do wniosku:

1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia).
2. Klauzula informacyjna dot. ochrony danych osobowych w PCPR w Nowym Tomysłu.
3. Informacja o przedstawicielu ustawowym/pełnomocniku/opiekunie prawnym (jeżeli dotyczy).

**UWAGA!** Wnioski są rozpatrywane po otrzymaniu środków finansowych z PFRON na dany rok.

Wypełnia PCPR .....

.....

.....

.....  
(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

## Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania\* .....

.....

### Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\*\*

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

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

- NIE
- TAK - uzasadnienie: .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

**Uwagi:** .....

.....

.....

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* Właściwe zaznaczyć

.....  
(data)

.....  
(podpis i pieczęć lekarza)

**Przedstawiciel ustawowy/opiekun prawny/pełnomocnik**  
(wypełnia opiekun małoletniego Wnioskodawcy/osoby ubezwłasnowolnionej)

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Ustanowiony przedstawicielem ustawowym\*/opiekunem prawnym\*/pełnomocnikiem\*:

.....

imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

Postanowieniem Sądu Rejonowego: .....

z dnia ..... sygn. Akt: .....

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza\*: .....

z dnia ..... repet. nr: .....

.....

(miejsowość)

.....

(data)

.....

podpis przedstawiciela ustawowego\*  
opiekuna prawnego\*  
pełnomocnika\*

\* niepotrzebne skreślić

**Informacje uzupełniające do wniosku**

dane kontaktowe przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika

Numer telefonu: .....

Adres e-mail: .....

.....

(data)

.....

(podpis)

## KLAUZULA INFORMACYJNA - RODO

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO), obowiązującego od 25 maja 2018 r., informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Tomyślu, ul. Poznańska 30, 64-300 Nowy Tomyśl. Kontakt z administratorem jest możliwy także za pomocą adresu mailowego: [pcpr@powiatnowotomyski.pl](mailto:pcpr@powiatnowotomyski.pl)
  2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Aleksandra Cnota-Mikołajec. Kontakt z inspektorem jest możliwy za pomocą adresów mailowych: [aleksandra@eduodo.pl](mailto:aleksandra@eduodo.pl) lub [iod@eduodo.pl](mailto:iod@eduodo.pl)
  3. Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON na uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej oraz ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych.
  4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą:
    - a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działających na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa,
    - b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z administratorem przetwarzają jego dane osobowe,
    - c) podmioty realizujące zadania Administratora Danych Osobowych, takie jak: operator pocztowy, bank, dostawca oprogramowania dziedzinowego.
  5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt. 3. W przypadkach, w których wymagają tego przepisy ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach - przez czas określony w tych przepisach.
  6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.
  7. Ma Pani/Pan prawo żądania od Administratora:
    - a) dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich pierwszej kopii,
    - b) do sprostowania (poprawiania) swoich danych,
    - c) do usunięcia oraz ograniczenia przetwarzania danych na podstawie art. 17 RODO oraz art. 18 RODO,
    - d) do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na zasadach opisanych w art. 21 RODO,
    - e) do przenoszenia danych, zgodnie z art. 20 RODO,
    - f) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- W celu skorzystania oraz uzyskania informacji dotyczących praw określonych powyżej (lit. a-f) należy skontaktować się z Administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ustawy o ochronie danych osobowych, a od 25 maja 2018 r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.
  9. Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym przepisami jest obligatoryjne. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpoczęcia wypełniania obowiązku prawnego leżącego na Administratorze Danych Osobowych.
  10. Państwa dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.