

**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  
Numer orzeczenia:

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)

Numer PESEL 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: .....

Numer telefonu: .....

Adres email: .....

Data urodzenia: .....

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\*)

### **Informacje uzupełniające do wniosku**

#### **DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Numer telefonu: .....

Adres e-mail: .....

.....  
(data)

.....  
(podpis

\* niepotrzebne skreślić

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

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

- NIE
- TAK – uzasadnienie .....
- .....
- .....

UWAGI .....

.....

.....

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

---

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* Właściwie zaznaczyć



**Powiat Gniezno**  
tu powstała Polska



**Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych**



Załącznik nr 2 do wniosku RS TR – Klauzula informacyjna

### 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. 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) (dalej „RODO”) informujemy, że:

1.

#### Administrator danych osobowych

Administratorem podanych przez Panią/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Henryka Sienkiewicza 12a, 62-200 Gniezno

2.

#### Inspektor ochrony danych

Wyznaczono Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym można kontaktować się poprzez adres e-mail: [inspektor@bezpieczne-dane.eu](mailto:inspektor@bezpieczne-dane.eu)

3.

#### Cel i zakres przetwarzania

Dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z RODO w celu i zakresie niezbędnym do rozpatrzenia wniosku o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.

Podstawami prawnymi są:

- Art. 6 ust. 1 lit c RODO - Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych

4.

#### Okres przechowywania danych

Będziemy przechowywać Państwa dane osobowe:

a. przez okres niezbędny do wywiązania się przez administratora z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania;

b. jeśli chodzi o materiały archiwalne, przez czas wynikający z przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. 2018 r. poz. 217 ze zm.).

5.

#### Odbiorcy danych osobowych

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty upoważnione na podstawie obowiązującego prawa oraz podmioty świadczące usługi na rzecz Administratora na podstawie zawartych umów.

6.

#### Prawa osób, których dane dotyczą

Zgodnie z RODO przysługuje Państwu: prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii; prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych; prawo do usunięcia danych osobowych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej; prawo do ograniczenia przetwarzania danych; prawo do wycofania zgody w przypadku, gdy dane osobowe przetwarzane są na podstawie zgody, wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem, przetwarzania dokonanego przed jej wycofaniem; prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych; prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa).

7.

#### Informacja o wymogu podania danych osobowych

Podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych jest wymogiem ustawowym, w takim przypadku jest Pani/Pan zobowiązana/zobowiązany do ich podania, a ewentualne ich niepodanie będzie skutkowało **odrzuconiem wniosku o dofinansowanie**;

8.

#### Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji

Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, oraz nie będą przetwarzane w formie profilowania.

9.

#### Informacja o zamiarze przekazania danych do Państwa trzeciego

Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego.