

Znak sprawy:.....

## W N I O S E K

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

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

#### I. DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ ( proszę wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

Nazwisko i imię .....

Adres zamieszkania .....

Miejsce pobytu\* .....

Nr PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Data urodzenia ..... Telefon kontaktowy.....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym .....

#### POSIADANE ORZECZENIE\*\*

a) o stopniu niepełnosprawności:

znaczny                       umiarkowany                       lekki

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

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 w zakładzie pracy chronionej \*\*  TAK             NIE

Jestem osobą uczącą się i niepracującą (wypełniają osoby w wieku 16-24 lat)\*\*  TAK             NIE

#### II. DANE OSOBY, KTÓRA BĘDZIE PEŁNIŁA FUNKCJĘ OPIEKUNA NA TURNUSIE

Nazwisko i imię .....

/wypełnić, jeżeli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem/

Nr PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Adres zamieszkania .....

Opiekun będzie pełnił funkcję członka kadry w ośrodku \*\*  TAK             NIE

Opiekun jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby\*\*  TAK             NIE

\* - wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

\*\* - właściwe zaznaczyć

### III. OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód<sup>1</sup>**, w rozumieniu przepisów oświadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób<sup>2</sup> we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wyniósł: \_\_\_\_\_ zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym **wynosi** \_\_\_\_\_ .

2. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.
3. Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia \*\*\*.
4. **Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych** przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Limanowej w systemach informatycznych, skorowidzach, tezkach osobowych, wykazach i innych zbiorach ewidencyjnych danych osobowych moich i mojej rodziny.
5. Potwierdzam uzyskanie informacji:
  - 1) **Administratorem** Pana/Pani danych osobowych **jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Limanowej**, z siedzibą w Limanowej przy ul. Józefa Marka 9, adres e – mail: [pcpr@powiat.limanowski.pl](mailto:pcpr@powiat.limanowski.pl); numer telefonu: 18 3375826.
  - 2) W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Limanowej został powołany **inspektor ochrony danych**, z którym można się skontaktować: [mstachowicz25@gmail.com](mailto:mstachowicz25@gmail.com)
  - 3) **Ma Pani/Pan prawo** dostępu do swoich danych, ich sprostowania, żądania ich usunięcia, prawo ograniczenia przetwarzania i prawo przenoszenia danych. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeżeli Pana/Pani dane są przetwarzane niezgodnie z wymogami prawnymi.
  - 4) **Dane będą przetwarzane w celu przyznania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zgodnie z ustawą o Rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.**
  - 5) **Podstawą prawną przetwarzania Pana/Pani danych** jest art. 6 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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) w zw. z przepisami w/w ustawy.
  - 6) Pana/Pani dane nie będą udostępniane odbiorcom innym niż upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
  - 7) Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane zgodnie z ustawą o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz instrukcją kancelaryjną obowiązującą w PCPR (5 lat; a w przypadku Programu Aktywny Samorząd – 25 lat).
  - 8) **Podanie danych jest dobrowolne**, jednakże ich niepodanie uniemożliwi Administratorowi wykonywanie jakichkolwiek działań w odniesieniu do Pana/Pani osoby.

**W przypadku zmiany wysokości dochodów należy bezwzględnie powiadomić nasze Centrum.**

**Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.**

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis wnioskodawcy /opiekuna prawnego/  
pełnomocnika/przedstawiciela ustawowego

#### **Wymagane załączniki do wniosku:**

1. Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego ZUS, KIZ albo KRUS wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu).
2. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – kserokopię zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego – **oryginał do wglądu** w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika – kserokopię pełnomocnictwa
3. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.
4. W przypadku osób zatrudnionych w zakładzie pracy chronionej aktualne zaświadczenie o zatrudnieniu.

#### **UWAGA!**

Osoby, które mają trudną sytuację materialną mogą starać się o zwiększone dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym. Zwiększone dofinansowanie przyznaje się na podstawie przeprowadzonego przez ośrodek pomocy społecznej wywiadu środowiskowego.

<sup>1</sup> Średni miesięczny dochód tzn. dochód w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowych i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.**

<sup>2</sup> Średni dochód miesięczny razem podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

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

**W N I O S E K**  
**LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY**

Nazwisko i imię .....

PESEL .....

Adres zamieszkania (lub pobytu).....

.....

**Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\*:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu                   | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <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"/> schorzenie układu krążenia                 | .....  |

**Konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym\*:**

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

**Uwagi:**

.....

.....

.....

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis i pieczęć lekarza

---

\* właściwie zaznaczyć