

**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 .....

Tel. ....

Adres e-mail .....

Adres do e-Doręczeń .....

**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 niezdolności do pracy       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.\*\*\*

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

**Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

**Oświadczam, że zapoznałem (am) się z treścią Klauzuli RODO**

**Klauzula RODO**

**1. Tożsamość administratora**

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

**2. Dane kontaktowe administratora**

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

**3. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych**

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

#### **4. Cele przetwarzania**

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

#### **5. Podstawa prawna przetwarzania**

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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

#### **6. Okres, przez który dane będą przechowywane**

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

#### **7. Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe**

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

#### **8. Prawa podmiotów danych**

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

#### **9. Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

#### **10. Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych**

**Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.**

### **Klauzula informacyjna PCPR w Limanowej**

W związku z przetwarzaniem przez Nas Pani/Pana danych osobowych prosimy o zapoznanie się z poniższymi szczegółami dotyczącymi przetwarzania.

#### **1. Kto jest Administratorem Pani/Pana danych osobowych?**

Administratorem 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; numer telefonu: 18 3375826 oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

#### **2. Kto jest Inspektorem Ochrony Danych?**

W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Limanowej został powołany inspektor ochrony danych, z którym można się skontaktować: mstachowicz25@gmail.com.

#### **3. W jakim celu będziemy przetwarzali Pani/Pana dane osobowe?**

Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu:

- wypełniania obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w związku z realizowaniem zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (art. 6 ust. 1. lit. c RODO).

#### **4. Jaka jest podstawa prawna przetwarzania?**

Podstawą prawną przetwarzania będzie obowiązek nałożony:

- ustawą o pomocy społecznej,
- ustawą o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej,
- ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
- ustawą o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie,
- ustawą o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach,
- instrukcją kancelaryjną obowiązującą w PCPR.

#### **5. Do jakich odbiorców mogą zostać przekazane dane osobowe?**

Z poszanowaniem poufnego charakteru Pani/Pana danych, w tym stosując mechanizmy minimalizujące liczbę przekazywanych danych oraz ograniczające możliwość przekazywania danych o charakterze wrażliwym Pani/Pana dane mogą być przekazywane :

- innym podmiotom upoważnionym do odbioru danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa,
- innym podmiotom, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. Podmioty przetwarzające).

#### **6. Jakie są Pani/Pana prawa związane z przetwarzaniem danych?**

Ma Pani/Pan prawo:

- dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania,
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych osobowych – w takim zakresie, w jakim te dane osobowe są przetwarzane na podstawie uzasadnionych interesów administratora,
- sprostowania przetwarzanych danych osobowych, w takim zakresie, w jakim wskazane dane są niezgodne ze stanem faktycznym,
- przenoszenia danych, tj. przenoszenia do otrzymania od Administratora danych osobowych, w ustrukturyzowanej formie nadającym się do odczytu maszynowego,
- wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, jakim jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Aby skorzystać z wyżej wymienionych praw, osoba, której dane dotyczą, powinna skontaktować się, wykorzystując podane dane kontaktowe, z administratorem i poinformować go, z którego prawa i w jakim zakresie chce skorzystać.

#### **7. Przez jaki okres będą przechowywane Pani/Pana dane osobowe?**

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z ustawą o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz instrukcją kancelaryjną obowiązującą w PCPR.

#### **8. Informacja o wymogu podania danych**

Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a ich niepodanie uniemożliwi Administratorowi wykonywanie jakichkolwiek działań w odniesieniu do Pana/Pani osoby.

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe 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: .....

Ustawiony 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\*)

\* niepotrzebne skreślić

**OŚWIADCZENIE**

*o pobieraniu nauki i niewykonywaniu pracy (w przypadku osoby w wieku od 16 do 24 roku życia uczącej się i niepracującej należy przedłożyć zaświadczenie o kontynuowaniu nauki)*

1. Dotyczy osób w wieku od 18 do 24 roku życia:

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej.....

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że uczę się i nie pracuję.

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

2. Dotyczy osób w wieku od 16 do 18 roku życia:

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam,

że: .....uczy się i nie pracuje.\* (imię i nazwisko

osoby niepełnosprawnej od 16 do 18 roku życia)

.....  
(podpis przedstawiciela ustawowego\*  
opiekuna prawnego\* pełnomocnika\*)

\* niepotrzebne skreślić

**Wymagane załączniki do wniosku:**

1. Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego ZUS, KIZ albo KRUS wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.
2. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – kserokopia zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego, w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika – kserokopia pełnomocnictwa.
3. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.
4. W przypadku osób zatrudnionych w zakładzie pracy chronionej aktualne zaświadczenie o zatrudnieniu.
5. W przypadku osoby w wieku do 24 lat uczącej się i nie pracującej zaświadczenie o pobieraniu nauki.

**ZŁOŻENIE WNIOSKU NIE JEST RÓWNOZNACZNE Z PRYZNANIEM DOFINANSOWANIA**

.....  
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"/> schorzenie układu krążenia                 | .....  |

**Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

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

**UWAGI** .....

.....

.....

.....

.....  
data

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza)

---

\* Właściwe zaznaczyć

\*\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu