

**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)*

**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.

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

Klauzula RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

## Tożsamość administratora

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

## 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.

## 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.

## 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.

## 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.

## 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.

## 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.

## 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.

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.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

### **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)

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* Właściwe zaznaczyć

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

## Oświadczenie Osoby Niepełnosprawnej

o spełnianiu przez osobę niepełnosprawną warunków określonych w § 4 ust. 1 pkt 5 i 6 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230 poz. 1694 ze zm.)

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej .....

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że:

- nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na turnusie rehabilitacyjnym ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu,
- zobowiązuję się uczestniczyć w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybiorę,
- w roku, w którym ubiegam się o dofinansowanie, nie uzyskałam na ten cel dofinansowania ze środków PFRON, nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/-a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym za pośrednictwem innego samorządu powiatowego.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis)

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

## **Oświadczenie Wnioskodawcy dot. Opiekuna Osoby Niepełnosprawnej**

o spełnianiu przez opiekuna osoby niepełnosprawnej na turnusie warunków określonych w § 4 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230 poz. 1694 ze zm.)

Oświadczam, że moim opiekunem na turnusie będzie:

....., **zam.** .....  
(imię i nazwisko opiekuna) (adres zamieszkania opiekuna)

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że mój opiekun na turnusie rehabilitacyjnym:

- a) nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
- b) nie jest osobą niepełnosprawną, wymagającą opieki innej osoby,

c)  ukończył 18 lat\*

ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny\*

\* właściwe zaznaczyć

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy/Przedstawiciela  
ustawowego/Opiekuna prawnego/ Pełnomocnika)

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
.....  
(adres zamieszkania)

## **Oświadczenie Opiekuna Osoby Niepełnosprawnej**

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej .....  
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)  
zobowiązuję się do sprawowania nad nią opieki w czasie trwania turnusu  
rehabilitacyjnego.

Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) Nie jestem osobą niepełnosprawną, wymagającą opieki innej osoby.
- 2) Nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie rehabilitacyjnym wskazanym w informacji o turnusie, ani też nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.

3)  ukończyłem/-łam 18 lat\*

ukończyłem/-łam 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej\*

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis)



.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

## **OŚWIADCZENIE**

### **o pobieraniu nauki i niewykonywaniu pracy** *(dotyczy osoby niepełnosprawnej w wieku od 16 do 24 lat)*

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej .....

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

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis składającego oświadczenie  
- przedstawiciel osoby niepełnosprawnej wskazuje,  
że składa oświadczenie w imieniu tej osoby)

## INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO):

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jaśle reprezentowane przez Dyrektora, z siedzibą przy ul. Rynek 18, 38-200 Jasło. Dane kontaktowe: dyrektor@pcprjaslo.info, tel.: 13 448 34 40;
2. Dane kontaktowe do Inspektora ochrony danych: iod@bdo24.eu
3. Dane osobowe przetwarzane są w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust 1 lit c, lit e, art. 9 ust. 2 lit. b, lit g RODO tj. wypełnienie obowiązków prawnych, realizacja zadań w interesie publicznym, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 roku w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
5. Odbiorcami danych osobowych w posiadaniu których jest/będzie PCPR mogą być wyłącznie podmioty i inne organy publiczne które posiadają dostęp do danych na podstawie przepisów powszechnie obowiązujących;
6. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
7. Dane osobowe będą przechowywane wyłącznie do osiągnięcia celu oraz okres archiwizacji wymagany dla danej kategorii danych przez obowiązujące przepisy prawa, zgodnie z kategorią archiwalną B-10, tj. 10 lat.
8. Osoba, której dane są przetwarzane ma prawo żądania: dostępu do treści swoich danych, sprostowania danych, żądania usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania oraz zgłoszenia sprzeciwu wobec przetwarzania, jeżeli zachodzą przesłanki do tych uprawnień.
9. Osoba, której dotyczą dane osobowe, ma prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie, gdy uzna, że przetwarzanie danych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.
10. Złożenie wniosku jest dobrowolne, tym samym podanie danych jest dobrowolne. W przypadku złożenia wniosku, podanie danych jest niezbędne aby wniosek mógł zostać rozpatrzony, w przypadku niepodania danych wniosek zostanie odrzucony.
11. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również nie będą podlegać profilowaniu.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis)