

## 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)

#### **A Dane Wnioskodawcy (proszę wypełnić drukowanymi literami).**

1. Imię (imiona) i nazwisko .....
2. Dowód osobisty seria ..... nr ..... lub Nr PESEL .....
3. Adres zamieszkania: miejscowość..... nr kodu.....-.....  
ulica ..... nr domu .....nr lokalu .....  
**nr telefonu/faxu( z nr kier.) .....**
4. Data urodzenia .....
5. Planowany termin uczestnictwa w turnusie .....

#### **B Posiadane Orzeczenie**

- a) o stopniu niepełnosprawności
  - Znacznym
  - Umiarkowanym
  - Lekkim
- b) zaliczeniu do jednej z grup inwalidów
  - I
  - II
  - III
- c) o niezdolności do pracy
  - całkowitej
  - o częściowej niezdolności do pracy
  - o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym
  - i niezdolności do samodzielnej egzystencji
- d) o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia.

#### **C Korzystałem(am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON\*\***

- Tak (podać rok) .....
- Nie

#### **D Jestem zatrudniony/na w zakładzie pracy chronionej\*\***

- Tak
- Nie

Imię i nazwisko opiekuna .....

(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

./.

## OŚWIADCZENIE

Niniejszym 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.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na zasadach określonych w Rozporządzeniu 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).

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.\*\*\*

.....  
Data

.....  
Podpis wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego

\* 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 i podpis pracownika

## **ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU**

1. Kopia orzeczenia, o stopniu niepełnosprawności lub kopię orzeczenia, lub kopię wypisu z treści orzeczenia traktowanego na równi z tym orzeczeniem albo kopię orzeczenia o niepełnosprawności.
2. Aktualny wniosek lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna, o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.
3. zaświadczenie ze szkoły o pobieraniu nauki (dotyczy osób po 16 roku życia uczących się i niepracujących do ukończenia 24 roku życia)

### **Osoba niepełnosprawna może ubiegać się o dofinansowanie pod warunkiem, że:**

- 1) w roku, którym ubiega się o dofinansowanie, nie uzyskała na ten cel dofinansowania ze środków Funduszu,
- 2) weźmie udział w turnusie, który odbędzie się w ośrodku wpisanym do rejestru ośrodków, prowadzonego przez wojewodę, albo poza takim ośrodkiem w przypadku, gdy turnus jest organizowany w formie niestacjonarnej,
- 3) nie będzie pełniła członka kadry na tym turnusie ani nie będzie opiekunem innego uczestnika turnusu.

Ze środków Funduszu nie może być dofinansowane uczestnictwo w turnusie finansowanym w części lub całości na podstawie przepisów o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, w systemie ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników

Osoba niepełnosprawna, w terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania, nie później niż na 21 dni przed dniem rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego, przekazuje centrum pomocy informację o wyborze turnusu, w którym będzie uczestniczyła.

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

.....

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie posiadam żadnych zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz oświadczam, iż w ciągu trzech lat przed złożeniem tego wniosku nie byłem stroną umowy zawartej z Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

.....

Data

.....

Podpis wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego

**Oświadczenie wypełnia się w przypadku ubiegania się o dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego dla opiekuna**

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania: .....

.....

## **OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że opiekunem na turnusie będzie osoba:**

Imię i Nazwisko opiekuna .....

adres zamieszkania opiekuna .....

Przy czym, oświadczam, że osoba będąca opiekunem:

- 1) nie będzie pełniła funkcji członka kadry na turnusie rehabilitacyjnym,
- 2) nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- 3) ukończyła 18 lat\* albo 16 i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej\*.

.....  
Data

.....  
Podpis uczestnika turnusu

\*/niepotrzebne skreślić

# KLAUZULA INFORMACYJNA

## DLA OSÓB KORZYSTAJĄCYCH Z POMOCY ŚWIADCZONEJ PRZEZ POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W PABIANICACH

Zgodnie z art. 13 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) oraz na podstawie ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000)

### informuję, że:

- 1) Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest DYREKTOR POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W PABIANICACH z siedzibą w Pabianicach, ul. Traugutta 6A, 95-200 Pabianice, adres e-mail: sekretariat@pcpr-pabianice.pl;
- 2) Inspektor Ochrony Danych jest Sylwester Krawczyk, kontakt e-mail: iod@pcpr-pabianice.pl;
- 3) Dane osobowe Pana/Pani będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i c ogólnego rozporządzenie o ochronie danych oraz ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2017 r., poz. 1769 z późn. zm.) w celu spełnienia obowiązków prawnych oraz realizowania przez POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W PABIANICACH zadań statutowych;
- 4) Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą upoważnieni pracownicy PCPR oraz podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie PCPR. Przetwarzanie przez podmioty zewnętrzne ma miejsce tylko w zakresie, w jakim jest to niezbędne dla prowadzenia działalności przez PCPR;
- 5) Dane osobowe Pana/Pani będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji ww. celów, w tym również wypełnienia obowiązku archiwizacyjnego;
- 6) Posiada Pan/Pani prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do cofnięcia zgody (w zakresie danych, do których zgoda była wyrażona);
- 7) Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych;
- 8) Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest obowiązkowe ze względu na ww. przepisy prawa, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.

D Y R E K T O R

Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

mgr Jarosław Grabowski

### Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej:

....., dnia ..... r

miejsowość

.....

podpis Wnioskodawcy

.....  
Stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

.....  
data

## Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i Nazwisko.....

PESEL albo numer dowodu tożsamości.....

Adres zamieszkania\* .....

.....

### Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\*\*

Wybór 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"/> schorzenia układu krążenia	

### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

Nie

Tak — uzasadnienie .....

.....  
.....  
.....  
.....

### Uwagi:

.....  
.....  
.....

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwie zaznaczyć.

.....  
Pieczęć i podpis lekarza wypełniającego wniosek