

## Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

.....

Adres zamieszkania\*.....

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

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym .....

### **POSIADANE ORZECZENIE\*\***

a) o stopniu niepełnosprawności     Znacznym     Umiarkowanym     Lekkim

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 zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)*

### **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 (kalendarzowy) 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)

### **Załączniki:**

- orzeczenie o niepełnosprawności lub inne równoważne,
- w przypadku osoby w wieku 16-24 lata uczącej się i nie pracującej zaświadczenie ze szkoły lub kopia legitymacji szkolnej

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* Właściwie zaznaczyć

\*\*\* Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

## 5. Oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną RODO

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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, informuje, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Lędzińska 24, 43-140 Lędziny reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lędzinach.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: mail: [sekretariat@pcprledziny.pl](mailto:sekretariat@pcprledziny.pl) z dopiskiem IOD, tel. +48 501070616
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych i statutowych zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz Art. 9 ust. 2 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO),
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa,
6. Posiada Pani/Pan prawo do dostępu do swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, żądania ich usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, a także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie,
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji zadań jest obowiązkowe i wynika z przepisów prawa a w pozostałym zakresie dobrowolne.

**Oświadczam, iż zapoznałem/-am się z powyższą klauzulą informacyjną RODO**

.....  
*(miejsowość, data)*

.....  
*(podpis Wnioskodawcy lub  
przedstawiciela ustawowego)*

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

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

- Nie
- Tak – uzasadnienie .....
- .....
- .....
- .....

#### **Uwagi:**

.....

.....

.....

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć.

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

### INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko.....  
PESEL albo .....  
Adres (miejsce pobytu\*).....

Rozpoznanie choroby zasadniczej  
.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje  
.....  
.....

Uczulenia  
.....  
.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne  
.....  
.....  
.....  
.....

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych  
.....  
.....  
.....

Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16 roku życia  
.....  
.....

Szczepienia ochronne (daty) – dotyczy osób do 16 roku życia  
.....  
.....  
.....

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

## INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

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

Imię i Nazwisko uczestnika turnusu.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania\*.....

Rodzaj turnusu ..... termin turnusu : od.....do.....

.....

### Dane organizatora turnusu:

Nazwa i adres (z kodem pocztowym)

.....

.....

### Dane ośrodka w który odbędzie się turnus:

Nazwa i adres (z kodem pocztowym)

.....

**Oświadczam, że nie korzystałem z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.**

.....

(data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy  
lub przedstawiciela ustawowego)

\*wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.