

**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 ..... tel. ....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania\* .....

Data urodzenia .....

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

**Opiekun** (wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna):

imię i nazwisko 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 świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Zobowiązuje się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym zaświadczenia o stanie zdrowia, w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach\*\*\*.

.....  
(data).....  
(czytelny podpis wnioskodawcy lub opiekuna prawnego)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwie zaznaczyć.

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

**Wypełnia PCPR**.....  
(data wpływu wniosku do PCPR).....  
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

**KLAUZULA INFORMACYJNA**  
**dotycząca przetwarzania danych osobowych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Makowie Mazowieckim, adres: ul. Duńskiego Czerwonego Krzyża 3, 06-200 Maków Mazowiecki;
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: [iod@pcpr-makowmazowiecki.pl](mailto:iod@pcpr-makowmazowiecki.pl);
- 3) Administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, co wynika z ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, ustawy z dnia 24 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w Rodzinie, ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym oraz ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego;
- 4) Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceńbiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
- 5) Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) Mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. w ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych;
- 2) Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 3) W przypadku realizacji zadań ustawowych podanie danych osobowych jest obligatoryjne. W pozostałych przypadkach podanie danych osobowych ma charakter dobrowolny. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie odmowa załatwienia sprawy przez administratora;
- 4) Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

Zapoznałem/łam się z powyższą treścią i przyjąłem/ęłam do wiadomości.

.....  
(data i czytelny podpis)

**OŚWIADCZENIA**

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, tj. danych kontaktowych zawartych w niniejszym wniosku przez administratora, którym jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Makowie Mazowieckim, adres: ul. Duńskiego Czerwonego Krzyża 3, 06-200 Maków Mazowiecki, **w celu kontaktu telefonicznego i/lub e-mail'owego**. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie.

Ponadto, świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych oświadczam, że:

- 1) w roku bieżącym nie uzyskałem/am dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON,
- 2) nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na turnusie rehabilitacyjnym, o którego dofinansowanie ubiegam się niniejszym wnioskiem ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu,
- 3) jestem osobą zatrudnioną / niezatrudnioną / nie dotyczy\*,
- 4) jestem osobą objętą / nie objętą\* opieką instytucjonalną (np.: ŚDS, DPS).

.....  
(data i czytelny podpis)

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

**Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny**  
(proszę wypełnić czytelnie)

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania\* .....

.....

**Rodzaje 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** (należy rozpatrywać w kontekście możliwości samodzielnego uczestniczenia osoby niepełnosprawnej w zabiegach rehabilitacyjnych oraz innych zajęciach przewidzianych w programie turnusu).

- NIE**
- TAK** – uzasadnienie: .....
- .....
- .....
- .....
- .....

**Uwagi:**

(zalecenia/uzasadnienie wniosku, w tym w szczególności w odniesieniu do sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej, tj. dotyczy np. braku możliwości realizacji przez wnioskodawcę kontaktów społecznych w codziennym funkcjonowaniu oraz jej potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych).

.....

.....

.....

.....

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.  
\*\* Właściwie zaznaczyć

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

## 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 którym odbędzie się turnus:

Nazwa i adres z kodem pocztowym .....

.....

.....

.....

**Oświadczam, że nie korzystam 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)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

# OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ UCZESTNICZĄCEJ W TURNUSIE REHABILITACYJNYM

## I. DANE OSOBOWE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Imię i nazwisko opiekuna: .....

PESEL lub data urodzenia: .....

Adres zamieszkania: .....

.....

Powiat: .....

Stopień pokrewieństwa z uczestnikiem .....

## II. ZOBOWIĄZANIA OPIEKUNA

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej .....

(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

uczestniczącej w turnusie rehabilitacyjnym organizowanym w .....

(nazwa ośrodka)

.....

(miejsowość)

w terminie: ....., zobowiązuję się do sprawowania nad nią stałej

(okres trwania turnusu)

opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego.

Jednocześnie oświadczam, że w roku bieżącym:

- 1) nie korzystałem/am z dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym,
- 2) nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- 3) nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na tym turnusie rehabilitacyjnym.

.....

(miejsowość i data)

.....

(czytelny podpis opiekuna)

### **KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 7) Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Makowie Mazowieckim, adres: ul. Duńskiego Czerwonego Krzyża 3, 06-200 Maków Mazowiecki;
- 8) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: [iod@pcpr-makowmazowiecki.pl](mailto:iod@pcpr-makowmazowiecki.pl);
- 9) Administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, tj. w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, co wynika z ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, ustawy z dnia 24 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w Rodzinie, ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym oraz ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego;
- 10) Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarię prawną, dostawcę oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
- 11) Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 12) Mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 5) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. w ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych;
- 6) Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 7) W przypadku realizacji zadań ustawowych podanie danych osobowych jest obowiązkowe. W pozostałych przypadkach podanie danych osobowych ma charakter dobrowolny. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie odmowa załatwienia sprawy przez administratora;
- 8) Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

Zapoznałem/łam się z powyższą treścią i przyjąłem/ęłam do wiadomości.

.....  
data i czytelny podpis

**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