

**UPRZEJMIE INFORMUJEMY, IŻ DO WNIOSKU OSOBA ZAINTERESOWANA MA OBOWIĄZEK DOŁĄCZYĆ:**

- KSEROKOPIĘ ORZECZENIA O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ALBO RÓWNOWAŻNEGO (zgodnie z art. 5 i art. 62 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych Dz.U. z 2021 r. poz. 573 ze zm.),
- WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY,
- DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE DOCHÓD NETTO WNIOSKODAWCY ORAZ OSÓB WSPÓLNIE PROWADZĄCYCH GOSPODARSTWO DOMOWE ZA KWARTAŁ POPRZEDZAJĄCY MIESIĄC ZŁOŻENIA WNIOSKU (3 MIESIĄCE WSTECZ) NP. ODCINKI OD RENTY/EMERYTURY, KSEROKOPIA WYCIĄGÓW BANKOWYCH, ZAŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI NETTO RENTY, EMERYTURY, WYNAGRODZENIA ZA PRACĘ ITP.,
- INFORMACJĘ O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO (MOŻNA ZAREZERWOWAĆ TERMIN I WPISAĆ MIEJSCE W INFORMACJI PO PRYZNANIU DOFINANSOWANIA),
- INFORMACJĘ O STANIE ZDROWIA ZATRZYMAĆ W DOMU, WYPEŁNIĆ MIESIĄC PRZED WYJAZDEM NA TURNUS I ZABRAĆ ZE SOBĄ DO OŚRODKA,
- ZAŚWIADCZENIE ZE SZKOŁY W PRZYPADKU DZIECI I MŁODZIEŻY DO 24 ROKU ŻYCIA, KTÓRE SIĘ UCZĄ POTWIERDZAJĄCE FAKT PODJĘCIA LUB KONTYNUOWANIA NAUKI,
- INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH DLA WNIOSKODAWCY ORAZ POZOSTAŁYCH PEŁNOLETNICH OSÓB WSPÓLNIE PROWADZĄCYCH GOSPODARSTWO DOMOWE Z WNIOSKODAWCĄ (KAŻDA OSOBA PEŁNOLETNIA WYPEŁNIA ODDZIELNIE),
- DOKUMENT STANOWIĄCY OPIEKĘ PRAWNĄ NAD PODOPIECZNYM – W PRZYPADKU WNIOSKU DOTYCZĄCEGO OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, W IMIENIU KTÓREJ WYSTĘPUJE OPIEKUN PRAWNY,

**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 .....

Telefon ..... e – mail: .....

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.

**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\*

---

\* *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

## INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnosprawnej 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

### Wnioskodawcy o dochodach

**Dla: Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Golubiu-Dobrzyniu – w celu realizacji dofinansowania ze środków PFRON.**

Ja niżej podpisany(a) .....  
imię i nazwisko

zamieszkały(a): ..... ulica .....  
 nr domu ..... nr mieszkania ..... oświadczam, że razem ze mną we  
 wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Lp.	imię i nazwisko	data urodzenia	stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	dochód miesięczny netto
1.			<b><u>Wnioskodawca</u></b>	
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
			<b>razem</b>	

**Dochód netto przypadający na osobę w mojej rodzinie obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł .....**

**Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.**

....., dnia .....  
miejscowość data podpis Wnioskodawcy

\* przeciętny miesięczny dochód netto =  $\frac{\text{łączny dochód netto za 3 miesiące}}{\text{ilość osób na utrzymaniu}}$

## INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko .....

PESEL albo Nr dokumentu tożsamości.....

Adres .....

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, podpis lekarza

**Informacje o przetwarzaniu danych osobowych**  
**(Wnioskujący o dofinansowanie ze środków PFRON na zadania z zakresu**  
**rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych)**

1. Administratorem Państwa danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Golubiu - Dobrzyniu z siedzibą w Golubiu - Dobrzyniu ul. Doktora Jerzego Gerarda Koppa 1, 87 - 400 Golub – Dobrzyń- tel.: 56 683 54 76, kom.: 784 301 266, e-mail: [pcpr@golub-dobrzyn.com.pl](mailto:pcpr@golub-dobrzyn.com.pl).
2. Państwa dane będą przetwarzane w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze na podstawie art. 6 ust.1 litera c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit b RODO, w związku z **ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i aktów wykonawczych do ustawy**, związanym z przyznaniem dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) na zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych (oraz ich napraw), zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, likwidacji barier architektonicznych, technicznych i w komunikowaniu.
3. Podanie danych jest wymogiem ustawowym i niezbędnym w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie, niepodanie danych może skutkować odmową realizacji dofinansowania.
4. Posiadają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, oraz prawo ograniczenia ich przetwarzania.
5. Mają Państwo prawo złożenia skargi na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
6. Dane mogą być udostępniane przez Administratora danych podmiotom upoważnionym do uzyskania informacji na podstawie przepisów prawa, m in. zostaną udostępnione do PFRON, który przetwarza dane wnioskodawców w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
7. Został wyznaczony Inspektor ochrony danych, z którym można kontaktować się poprzez adres e-mail: [iod@golub-dobrzyn.com.pl](mailto:iod@golub-dobrzyn.com.pl).
8. Pana/Pani dane od momentu pozyskania będą przechowywane przez okres wynikający z regulacji prawnych- kategorii archiwalnej dokumentacji, określonej w jednolitym rzeczowym wykazie akt dla naszej Jednostki.
9. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

.....  
data i podpis osoby zapoznającej się z klauzulą informacyjną RODO