

**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 egzystencji  o niezdolności do samodzielnej  
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\*)*

**Informacje uzupełniające do wniosku**

**DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Numer telefonu: .....

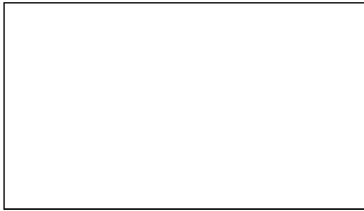
Adres e-mail: .....

.....  
*(data)*

.....  
*(podpis)*

---

\* niepotrzebne skreślić



(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

**Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres (miejsce pobytu\*) .....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\*\*

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu   | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe      | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna        | <input type="checkbox"/> epilepsja                 |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia | <input type="checkbox"/> inne (jakie?)             |  |

.....

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne: \*\*

- oprotezowanie / zaaparatowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)
- oprotezowanie / zaaparatowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)
- wózek inwalidzki
- ule łokciowe
- inne (jakie?).....

Konieczność pobytu opiekun a na turnusie\*\*

- NIE
  - TAK - uzasadnienie
- .....
- .....
- .....
- .....

Zalecenia (wskazania i przeciw wskazania):

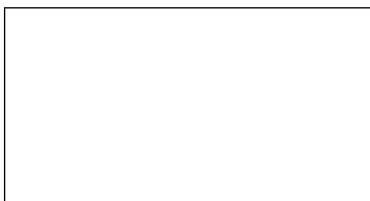
.....

Uzasadnienie wniosku:

.....

..... (data)  
(pieczętka i podpis lekarza)

\* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej  
\*\* Właściwe zaznaczyć



( pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub  
gabinetu lekarskiego)

### Informacja o stanie zdrowia

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

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 d o 16 roku życia

.....

Szczepienia ochronne (daty) - dotyczy osób do 16 roku życia

.....  
.....

.....

(data)

.....

(pieczęćka i podpis lekarza)

\*(dot. os. bezdomnej)

## CZĘŚĆ I – INFORMACJA O TURNUSIE

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

Imię i nazwisko uczestnika turnusu .....  
PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....  
Adres (miejsce pobytu\*) .....  
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 powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników.

\*

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

\* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

## CZĘŚĆ II – OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU

(Wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora i adres (z kodem pocztowym) .....

Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusów\* .....

Potwierdzam możliwość uczestniczenia Pana/Pani .....  
wraz z opiekunem\*\*

w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?) .....

w terminie od ..... do .....

w ośrodku (nazwa i adres) .....

Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków .....

Całkowity koszt turnusu dla:

osoby niepełnosprawnej ..... zł, słownie zł .....

opiekuna osoby niepełnosprawnej\*\* ..... zł, słownie zł .....

Zobowiązuję się, nie później niż do 21 dni po zakończeniu turnusu, przesłać do właściwego PCPR „Informację o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego”. Informacja ta będzie sporządzona odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania ze środków PFRON.

W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w turnusie osoby niepełnosprawnej lub w przypadku stwierdzenia w wyniku kontroli rażących uchybień w zakresie realizacji turnusu zobowiązuję się do zwrotu 100% środków, które przekazało PCPR na dofinansowanie uczestnictwa tej osoby i jej opiekuna, w terminie do 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu – na konto PCPR.

Środki przyznane osobie niepełnosprawnej i jej opiekunowi\*\* proszę przekazać na rachunek bankowy:

Nazwa banku: ..... oddział ..... nr .....

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i czytelny podpis organizatora)

\* Obowiązuje od 1 stycznia 2004 r.

\*\* Niepotrzebne skreślić.

## Klauzula informacyjna

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 ) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), dalej „RODO” informuję, iż:

1) Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Chełmie reprezentowane przez Dyrektora, Plac Niepodległości 1, 22-100 Chełm, tel. 82 562 76 53.

2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem email: [IODO@zeto.lublin.pl](mailto:IODO@zeto.lublin.pl).

3) Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu przyznania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15.11.2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych w zw. z art. 6 ust. 1 lit. c RODO. Dane osobowe niewynikające z przepisów prawa będą przetwarzane na podstawie dobrowolnie wyrażonej zgody.

4) Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez 10 lat zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt przyjętym Zarządzeniem Nr 20/2014 w sprawie instrukcji kancelaryjnej w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Chełmie.

5) Odbiorcami Pana/Pani danych mogą być wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, a także podmioty, które przetwarzają dane osobowe na podstawie stosownych umów zawartych z Administratorem.

6) Podanie przez Pana/Panią danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem jest obowiązkowe. Odmowa podania danych spowoduje niemożność przyznania dofinansowania. Podanie innych danych jest dobrowolne i nie wpływa na tok rozpatrzenia sprawy.

7) W przypadku, w którym przetwarzanie Panu/Pani danych odbywa się na podstawie zgody przysługuje Panu/Pani prawo do wycofania tej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Wycofanie zgody możliwe jest poprzez przesłanie przez Pana/Panią oświadczenia o wycofaniu zgody na adres e-mail: [pcpr@pcpr.powiatchelmski.pl](mailto:pcpr@pcpr.powiatchelmski.pl) lub poprzez złożenie ww. oświadczenia w siedzibie jednostki.

8) Posiada Pan/Pani prawo do żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.