

**WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA 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 .....

Numer telefonu stacjonarnego.....Komórkowy.....

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 dofinansowanie 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)

**Wypełnia PCPR**

.....  
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....  
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce aktualnego pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć.

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

**Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych, pozyskanych od osoby, której dane dotyczą  
DLA WNIOSKODAWCY**

**Zgodnie z art. 13** ust. 1 i ust. 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) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach informuje, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach, z siedzibą 34-100 Wadowice ul. Mickiewicza 15;
- 2) w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach został powołany Inspektor Ochrony Danych Osobowych. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych: [iodpcpr@pcpr-wadowice.pl](mailto:iodpcpr@pcpr-wadowice.pl), tel. 33 8709010;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu zawarcia umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 roku w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, na podstawie art. 6, ust. 1, lit. c) – czyli przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego, ciążącego na administratorze oraz z lit. e) – przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust 2 pkt b w zw. z pkt c i d – przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady;
- 4) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie: PFRON, ośrodki pomocy społecznej – w razie konieczności, świadczeniodawca realizujący zlecenie – w razie konieczności, organy administracji publicznej w granicach ich działalności; obsługa informatyczna, radca prawny, firma świadcząca usługi hostingu poczty elektronicznej w zakresie prowadzonej korespondencji elektronicznej;
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującym w PCPR „Jednolitym rzeczowym wykazem akt”;
- 6) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do sprzeciwu;
- 7) ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.;
- 8) podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania. Jest Pan/Pani zobowiązany/a do ich podania a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości rozpatrzenia wniosku i przyznania dofinansowania.
- 9) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

---

**Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych, pozyskanych od osoby, której dane dotyczą  
DLA OSOBY UPOWAŻNIONEJ/KURATORA/PEŁNOMOCNIKA**

**Zgodnie z art. 14** ust. 1 i ust. 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) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach informuje, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach, z siedzibą 34-100 Wadowice ul. Mickiewicza 15;
- 2) w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wadowicach został powołany Inspektor Ochrony Danych Osobowych. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych Osobowych: [iodpcpr@pcpr-wadowice.pl](mailto:iodpcpr@pcpr-wadowice.pl), tel. 33 8709010;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez PFRON w celu realizacji zadań ustawowych PFRON związanych z pomocą osobom niepełnosprawnym w tym w celu kontroli prawidłowości wydatkowania środków przyznanych właściwej jednostce samorządu terytorialnego, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, na podstawie art. 6, ust. 1, lit. c) tj. przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego, ciążącego na administratorze oraz z lit. e) tj. przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi oraz na podstawie art. 9 ust. 2 pkt b w zw. z pkt c i d – przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady;
- 4) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie: PFRON, ośrodki pomocy społecznej – w razie konieczności, organy administracji publicznej w granicach ich działalności, obsługa informatyczna, inspektor nadzoru inwestycyjnego, radca prawny, członkowie Komisji opiniujący wnioski o dofinansowania, firma świadcząca usługi hostingu poczty elektronicznej w zakresie prowadzonej korespondencji elektronicznej;
- 5) na podstawie prawnie uzasadnionego interesu przetwarzane są Pana/Pani następujące kategorie danych. Dane zwykle takie jak: imię i nazwisko, dane adresowe, PESEL;
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującym w PCPR „Jednolitym rzeczowym wykazem akt”;
- 7) Źródłem pozyskania Pana/Pani danych osobowych jest osoba upoważniona/kurator/pełnomocnik;
- 8) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do sprzeciwu;
- 9) ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- 10) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY**

*(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),  
opiekun prawny lub pełnomocnik*

*Imię i nazwisko:* .....

*PESEL lub numer dokumentu tożsamości:* .....

*Adres zamieszkania:* .....

.....

*Data urodzenia:* .....

*ustanowiony przedstawicielem\* / opiekunem\* / pełnomocnikiem\*:* .....

.....

*postanowieniem Sądu Rejonowego:* .....

.....

*z dn. ....sygn. Akt\*:* .....

*/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza\*:* .....

.....

*z dn. ....repet. nr .....*

.....

.....  
data

.....  
podpis  
przedstawiciela ustawowego\*  
opiekuna prawnego\*  
pełnomocnika\*

---

*\*niepotrzebne skreślić*

INFORMACJA O OPIEKUNIE – jeżeli opiekun jest konieczny:

Imię i nazwisko.....

Wiek.....

Adres zamieszkania.....

.....

Oświadczam, iż zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 roku w sprawie turnusów rehabilitacyjnych opiekun nie będzie pełnił funkcji członka kadry ani nie jest osobą niepełnosprawną posiadającą orzeczenie o niepełnosprawności oraz wymagającą opieki innej osoby.

.....  
PODPIS WNIOSKODAWCY

---

**WYPEŁNIA PCPR**

NUMER WNIOSKU DRL/DZ/...../20.....

WNIOSEK KOMPLETNY:

TAK

NIE

BRAK.....

UZUPELNIONO.....

ROZPATRZONO DNIA.....:

POZYTYWNE

NEGATYWNE, UZASADNIENIE.....

.....

.....

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

**WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY**  
*/WYPEŁNIA LEKARZ/*

IMIĘ I NAZWISKO .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

ADRES (miejsce pobytu)\* .....

.....

**Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:\*\***

- dysfunkcja narządu ruchu
- osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe
- choroba psychiczna
- epilepsja
- schorzenia układu krążenia
- inne (jakie?) .....

**Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:**

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

**Uwagi:**

.....

.....

.....

.....

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce aktualnego pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć.

## ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

IMIĘ I NAZWISKO .....

PESEL .....

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)

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)

---

WYPEŁNIA LEKARZ