

## Wniosek o przyznanie 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	tel.	
PESEL albo numer dokumentu tożsamości		
Adres zamieszkania <sup>1</sup>		
Data urodzenia	wiek	
Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym		
<b>POSIADANE ORZECZENIE<sup>2</sup>:</b>		
o stopniu <b>znacznym</b>	o stopniu <b>umiarkowanym</b>	o stopniu <b>lekkim</b>
I grupa	II grupa	III grupa
o całkowitej niezdolności do pracy / o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym / i niezdolności do samodzielnej egzystencji	o całkowitej niezdolności do pracy	o częściowej niezdolności do pracy / o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia		<input type="checkbox"/>
<b>Korzystałem/am z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON<sup>2</sup>:</b>		
<input type="checkbox"/> <b>TAK</b> (podać rok) .....	<input type="checkbox"/> <b>NIE</b>	
<b>Jestem zatrudniony(a) w zakładzie pracy chronionej<sup>2</sup></b>	<input type="checkbox"/> <b>TAK</b>	<input type="checkbox"/> <b>NIE</b>
<b>Jestem osobą kontynuującą naukę</b>	<input type="checkbox"/> <b>TAK</b>	<input type="checkbox"/> <b>NIE</b>
Imię i nazwisko opiekuna: .....		
(wypełnić jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)		

<b>OŚWIADCZENIE:</b>	
Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód <sup>3</sup> , w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił:	..... zł
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:	.....
<b>Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.</b>	
Zobowiązuje się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia <sup>4</sup> .	
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zbieranych w związku z prowadzonym postępowaniem o przyznanie świadczeń ze środków PFRON zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (j.t. Dz.U. z 2014 poz.1182). Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łukowie. Oświadczam, że wiem o moim prawie do wglądu i poprawiania moich danych osobowych.	

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela  
ustawowego lub opiekuna prawnego

**objaśnienia:**

<sup>1</sup> w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

<sup>2</sup> właściwe zaznaczyć (wstawić X)

<sup>3</sup> **dochód** – w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 28 listopada 2003 o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. 228 poz. 2255 z późniejszymi zmianami) pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz kwotę świadczonych alimentów i powiększony o dochody z działalności gospodarczej, dochody z gospodarstwa rolnego oraz inne dochody nieopodatkowane wymienione w niniejszej ustawie.

<sup>4</sup> dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny,
2. kopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności / grupie inwalidzkiej / niezdolności do pracy / lub niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (orzeczenia KRUS wydane wyłącznie przed 1 stycznia 1998 r.)
3. kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności – osoby do 16 roku życia
4. zaświadczenie o kontynuowaniu nauki – osoby niepracujące od 16 do 24 roku życia
5. zaświadczenia o dochodach netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, dotyczące wszystkich członków rodziny (do wglądu).

**Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej Rozporządzenie) informujemy, że:**

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Łukowie ul. Broniewskiego 20/26, 21-400 Łuków;
- została wyznaczona osoba odpowiedzialna za ochronę danych osobowych, tj. inspektor ochrony danych, z którym można się skontaktować pod adresem e-mail: [iodpcpr@wp.pl](mailto:iodpcpr@wp.pl) lub pisemnie, przesyłając korespondencję na adres: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Broniewskiego 20/26, 21-400 Łuków;
- podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu uzyskania dofinansowania na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- dane osobowe mogą zostać przekazane do PFRON w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Samorząd powiatowy oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych, o czym szczegółowe informacje można uzyskać na stronie internetowej PFRON (<https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/rodo-w-funduszu/>);
- dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego powyżej celu i przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa o archiwizacji, zgodny z kategorią archiwalną, wynikającą z jednolitego rzeczowego wykazu akt;
- w związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Pani/Panu:
  - a) prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia;
  - b) prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia;
  - c) prawo do usunięcia danych, na podstawie art. 17 Rozporządzenia;
  - d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 Rozporządzenia;
  - e) prawo do przenoszenia danych, na podstawie art. 20 Rozporządzenia;
  - f) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na podstawie art. 21 Rozporządzenia;

**(Uwaga:** realizacja powyższych praw musi być zgodna z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie danych oraz z zasadami wynikającymi z kodeksu postępowania administracyjnego czy archiwizacji);

- w przypadku, w którym przetwarzanie Pani/Pana danych odbywa się na podstawie zgody (tj. art. 6 ust. 1 lit. a lub art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia jej w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy Rozporządzenia;
- nie będzie stosowane zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 Rozporządzenia.

Zapoznałam/em się .....

## Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres (miejsce pobytu\*)

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

- dysfunkcja narządu ruchu     dysfunkcja narządu słuchu     dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe     choroba psychiczna     epilepsja     cukrzyca
- schorzenia układu krążenia     schorzenia układu oddechowego     choroby neurologiczne
- schorzenia układu pokarmowego     choroby układu moczowo-płciowego
- inne ( jakie? ) .....

### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:\*\*

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

### Uzasadnienie wniosku:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
data

.....  
Pieczęć i podpis lekarza

\* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

\*\* właściwe zaznaczyć