



**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**  
**ul. Sobieskiego 279A, 84-200 Wejherowo**  
**Zespół Pomocy Osobom**  
**Niepełnosprawnym i Starszym**  
[www.pcprwejherowo.pl](http://www.pcprwejherowo.pl) e-mail: [pon@pcprwejherowo.pl](mailto:pon@pcprwejherowo.pl)  
tel. 58 672 40 63 wew.15

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <b>Wniosek o udzielenie dofinansowania ze środków PFRON do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym</b> | Data wpływu:                      |
|   | Nr sprawy: <i>PON.610.1</i> ..... |

Imię i nazwisko .....

Numer PESEL .....

Adres zamieszkania \* .....

Nr telefonu (*nieobowiązkowe*) .....

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 niezdolności do pracy /  o częściowej niezdolności do pracy /  o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym /  i 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 zatrudniona/y w Zakładzie Pracy Chronionej \*\*  TAK  NIE

Imię i nazwisko oraz PESEL opiekuna .....

(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

**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: .....**

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\*  - właściwe zaznaczyć X

**Oświadczam, że nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.**

**Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.**

**Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia (w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach).**

.....  
Data

.....  
czytelny podpis Wnioskodawcy

### **DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ :**

- 1.** wniosek lekarski **uzasadniający udział w turnusie rehabilitacyjnym**, sporządzony nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku o dofinansowanie zgodnie z *załącznikiem nr 1* do niniejszego wniosku
- 2.** kopię ważnego orzeczenia o niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego).
- 3.** zaświadczenie o pobieraniu nauki przez osobę niepełnosprawną w przypadku osób powyżej 18 r. ż,
- 4.** oświadczenie opiekuna, że nie będzie pełnił funkcji członka kadry na turnusie,
- 5.** oświadczenie opiekuna, że nie jest on osobą niepełnosprawną wymagającą opieki osoby drugiej,
- 6.** oświadczenie opiekuna osoby w wieku 16-18 r. ż, że jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

#### **Informacja odnośnie przetwarzania danych osobowych wnioskodawcy:**

Administratorem, czyli podmiotem decydującym o tym, które dane osobowe będą przetwarzane oraz w jakim celu, i jakim sposobem, jest POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE w Wejherowie, ul. Sobieskiego 279A, e-mail: [kancelaria@pcprwejherowo.pl](mailto:kancelaria@pcprwejherowo.pl), tel. 58 672 17 60. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, macie Państwo prawo kontaktować się z naszym Inspektorem ochrony danych na adres e-mail: [rodo@pcprwejherowo.pl](mailto:rodo@pcprwejherowo.pl)

Państwa dane osobowe są przetwarzane w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w związku z realizacją obowiązków nałożonych przez ustawę z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatów, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w tym do wypełnienia obowiązków w tym do wypełnienia obowiązków w zakresie zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c) i art. 9 ust. 2 lit. b) RODO. W przypadku dobrowolnego podania danych niewynikających z przepisów prawa podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda. Odbiorcami danych osobowych są podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa. Są nimi również podmioty, które świadczą nam usługi. Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany w przepisach dotyczących przechowywania i archiwizacji dokumentacji tj. przez 5 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpatrzono wniosek albo od końca roku, w którym nastąpiło przedawnienie ewentualnych roszczeń lub do dnia wycofania się ze zgody w przypadku danych przetwarzanych na podstawie zgody.

Ma Pani/Pan prawo do: ochrony swoich danych osobowych, żądania dostępu do nich oraz otrzymywania ich kopii, żądania sprostowania (poprawienia) swoich danych, żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych oraz prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2, e-mail: [kancelaria@uodo.gov.pl](mailto:kancelaria@uodo.gov.pl)). Ponadto, w odniesieniu do danych przetwarzanych na podstawie zgody macie Państwo prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie oraz żądania usunięcia danych, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Wycofać się ze zgody można w formie wysłania żądania na nasz adres e-mail lub adres pocztowy. Konsekwencją wycofania się ze zgody będzie brak możliwości przetwarzania przez nas tych danych. Podanie danych wynikających z przepisów prawa jest obowiązkowe. Odmowa podania danych będzie skutkować brakiem realizacji wniosku.

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

**WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS  
REHABILITACYJNY**

Imię i nazwisko

.....

PESEL ..... albo nr dokumentu tożsamości : .....

Adres zamieszkania \* .....

**Rodzaj 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 rehabilitacyjnym**

- NIE**
- TAK** – uzasadnienie

.....  
.....  
.....  
.....

Uwagi:

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
data

.....  
podpis i pieczęć lekarza

.....  
\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu  
\*\* właściwe zaznaczyć