

**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  
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: .....

.....

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

.....  
(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"/> 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 †

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

### Uwagi:

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

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.  
\*\* Właściwe zaznaczyć.

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

## INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej 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 społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

-----  
\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

## OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Koźienicach, ul. Kochanowskiego 15, 26-900 Koźienice zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04. 05. 2016 r.), w celu realizacji zadań ustawowych i statutowych.

.....  
data

.....  
czytelny podpis  
wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/  
opiekuna prawnego/ pełnomocnika\*

### Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem danych osobowych przetwarzanych w związku z realizacją wniosku jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Koźienicach, z siedzibą przy ulicy Kochanowskiego 15, 26-900 Koźienice.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - e-mail: [iod@ctserv.pl](mailto:iod@ctserv.pl) lub pocztą tradycyjną na adres Administratora.
3. Przysługuje mi prawo dostępu do danych osobowych, ich sprostowania (art. 15 i 16 RODO), usunięcia (art. 17 RODO) lub ograniczenia przetwarzania (art. 18 RODO), przenoszenia danych (art. 20 RODO), prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (art. 21 RODO), a także prawo do cofnięcia zgody.
4. Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązków prawnych ciążących na Administratorze, przede wszystkim zadań zakresu pomocy społecznej, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych oraz wynikających z innych przepisów prawa – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04. 05. 2016 r.).
5. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji w/w celów, z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
6. Mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezes Urzędu Ochrony Danych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
7. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe w oparciu o przepisy prawa, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
8. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Koźienicach zobowiązuje się nie przekazywać ww. danych podmiotom trzecim, za wyjątkiem osób i instytucji uprawnionych do tego na mocy prawa.

.....  
data

.....  
czytelny podpis  
wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego/  
opiekuna prawnego/ pełnomocnika\*

---

\* niepotrzebne skreślić

## OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ NA TURNUSIE REHABILITACYJNYM

(WYPEŁNIA OPIEKUN, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna na turnusie )

.....  
imię i nazwisko opiekuna

.....  
adres zamieszkania

.....  
PESEL

.....  
data urodzenia

.....  
stopień pokrewieństwa z osobą niepełnosprawną

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej .....  
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

podczas turnusu rehabilitacyjnego, oświadczam, iż:

- jestem/nie jestem\* osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby;
- będę/nie będę\* pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie.

Zobowiązuję się sprawowania nad nią ciągłej opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego.

W przypadku skrócenia pobytu jako opiekun osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe zobowiązuję się do zwrotu przyznanego dofinansowania.

.....  
data

.....  
czytelny podpis opiekuna

## OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kozienicach, ul. Kochanowskiego 15, 26-900 Kozienice zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04. 05. 2016 r.), w celu realizacji zadań ustawowych i statutowych.

.....  
data

.....  
czytelny podpis opiekuna

---

\* niepotrzebne skreślić

**Przyjmuję do wiadomości, że:**

1. Administratorem danych osobowych przetwarzanych w związku z realizacją wniosku jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kozienicach, z siedzibą przy ulicy Kochanowskiego 15, 26-900 Kozienice.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - e-mail: [iod@ctserv.pl](mailto:iod@ctserv.pl) lub pocztą tradycyjną na adres Administratora.
3. Przysługuje mi prawo dostępu do danych osobowych, ich sprostowania (art. 15 i 16 RODO), usunięcia (art. 17 RODO) lub ograniczenia przetwarzania (art. 18 RODO), przenoszenia danych (art. 20 RODO), prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (art. 21 RODO), a także prawo do cofnięcia zgody.
4. Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji obowiązków prawnych ciążących na Administratorze, przede wszystkim zadań zakresu pomocy społecznej, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych oraz wynikających z innych przepisów prawa – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04. 05. 2016 r.).
5. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji w/w celów, z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
6. Mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezes Urzędu Ochrony Danych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
7. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o przepisy prawa, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
8. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kozienicach zobowiązuje się nie przekazywać ww. danych podmiotom trzecim, za wyjątkiem osób i instytucji uprawnionych do tego na mocy prawa.

.....  
data

.....  
czytelny podpis opiekuna

