

.....  
Data wpływu wniosku do PCPR

.....  
Pieczęć PCPR i podpis pracownika

**Wniosek o dofinansowanie  
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku małoletniego wnioskodawcy, opiekun prawny lub pełnomocnik)

**1. Dane dotyczące Wnioskodawcy:**

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania\* .....

PESEL.....

Data urodzenia .....

Nr telefonu.....

**2. Wypełnia przedstawiciel ustawy:**

(dla małoletniego wnioskodawcy, opiekun prawny lub pełnomocnik)

Imię i nazwisko .....

PESEL.....

Adres zamieszkania\* .....

Data urodzenia .....

Nr telefonu.....

**3. Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym .....**  
(podać miesiąc)

**4. 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

**ORZECZENIE \*\* CZASOWE  DO DNIA .....** **ORZECZENIE STAŁE**

**5. KORZYSTAŁEM(AM) Z DOFINANSOWANIA DO UCZESTNICTWA W TURNUSIE  
REHABILITACYJNYM ZE ŚRODKÓW PFRON\*\*  TAK (podać rok) .....**  NIE

**6. JESTEM ZATRUDNIONY/A W ZAKŁADZIE PRACY CHRONIONEJ \*\*  TAK  NIE**

**7. JESTEM OSOBĄ W WIEKU 16-24 LAT UCZĄCĄ SIĘ I NIEPRACUJĄCĄ\*\*  TAK  NIE**

**8. Imię i nazwisko opiekuna.....**  
(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że w roku 2019 nie korzystałem z dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON .

Zobowiązuje się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia. \*\*\*

Oświadczam, że nie pełnię funkcji członka kadry na danym turnusie, ani nie jestem opiekunem innego uczestnika.

**Oświadczam**, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych i osób pozostających razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym, w bazie danych dla potrzeb realizacji przez PCPR w Łowiczu zadań ustawowych, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 późn. zm).

**Oświadczam**, że nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o dofinansowanie na ten sam cel ze środków PFRON za pośrednictwem innego powiatu.

.....  
data

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

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć zgodnie z załączanym orzeczeniem do wniosku

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

---

### **Do wniosku należy dołączyć:**

- kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub kopię wypisu z treści orzeczenia traktowane na równi z tym orzeczeniem albo kopię orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu)**
- oświadczenie o wysokości dochodów Wnioskodawcy i osób zamieszkujących wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe z wnioskodawcą za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (załącznik nr 1 do wniosku)**
- dowód osobisty do wglądu**
- zaświadczenie ze szkoły /uczelni o kontynuowaniu nauki w przypadku osoby uczącej się i niepracującej w wieku 16-24**
- kopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego (oryginał do wglądu)**

**O Ś W I A D C Z E N I E***Wnioskodawcy o dochodach*

Ja, niżej podpisany (a) ..... zamieszkały (a):

Adres zamieszkania: ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....

kod pocztowy □ □ - □ □ □ ..... miejscowość.....

we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

| Imię | Nazwisko | Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą | Dochód miesięczny netto | Rodzaje dochodu |
|------|----------|--------------------------------------|-------------------------|-----------------|
| 1.   |          | <b>Wnioskodawca</b>                  |                         |                 |
| 2.   |          |                                      |                         |                 |
| 3.   |          |                                      |                         |                 |
| 4.   |          |                                      |                         |                 |
| 5.   |          |                                      |                         |                 |
| 6.   |          |                                      |                         |                 |
| 7.   |          |                                      |                         |                 |
|      |          | Razem                                |                         |                 |

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

\*Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w mojej rodzinie wynosi ..... zł ..... gr.

**Pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 233 oraz o treści art. 297 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (t. j. Dz. U. z 2018 poz. 1600 z późn. zm.) oświadczam, że informacje zawarte we wniosku oraz w załącznikach do wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.**

**Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.**

.....  
(miejscowość).....  
(data).....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)  
/przedstawiciela ustawowego\*\*/  
/opiekuna prawnego\*\*/pełnomocnika\*\*/

\*Miesięczny dochód netto w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, to miesięczny dochód rodziny podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

\*\* Właściwe zaznaczyć.

PCPR w Łowiczu 2019

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

## Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania \*.....  
.....

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu                   | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszającą 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"/> schorzenia układu krążenia                 | .....  |

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

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

### **Uwagi :**

.....

.....

.....

.....

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwie zaznaczyć.

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

PCPR w Łowiczu 2019

## Oświadczenie opiekuna osoby niepełnosprawnej

Nazwisko i imię

.....

Adres zamieszkania

.....

Dowód osobisty wydany w dniu ....., ważny do .....

Nr PESEL .....

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej zobowiązuje się do sprawowania stałej opieki nad

..... w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego.  
(imię i nazwisko uczestnika turnusu)

Oświadczam, że **nie będę** pełnić funkcji członka kadry na turnusie.

Oświadczam, że **nie jestem** osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.

Oświadczam, że **mam** ukończone 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej. \*

**Oświadczam**, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych i osób pozostających razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym, w bazie danych dla potrzeb realizacji przez PCPR w Łowiczu zadań ustawowych, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 późn. zm).

.....dnia .....

.....

(czytelny podpis)

\*dotyczy osób poniżej 18 roku życia

**UWAGA:**

**Wnioskodawca** może dokonać rezerwacji miejsca na turnusie rehabilitacyjnym dopiero po rozpatrzeniu wniosku przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie i otrzymaniu informacji o przyznanej dofinansowaniu do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym. Konsekwencje zarezerwowania miejsca na turnusie przed uzyskaniem dofinansowania **ponosi wyłącznie wnioskodawca**.

Obowiązkiem osoby niepełnosprawnej przy wyborze turnusu rehabilitacyjnego, jest sprawdzić:

- Czy wybrany ośrodek i organizator tego turnusu posiadają odpowiednio wpis do rejestru ośrodków i organizatorów, obejmujący okres trwania turnusu
- Czy ośrodek i organizator, jest uprawniony do przyjmowania z określonymi w orzeczeniu symbolami niepełnosprawności zawartymi w orzeczeniu osoby niepełnosprawnej

|             |   |
|-------------|---|
| <b>01-U</b> | <b>upośledzenie umysłowe;</b>   |
| <b>02-P</b> | <b>choroby psychiczne;</b>  |
| <b>03-L</b> | <b>zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu;</b>   |
| <b>04-O</b> | <b>choroby narządu wzroku;</b>  |
| <b>05-R</b> | <b>upośledzenie narządu ruchu;</b>  |
| <b>06-E</b> | <b>epilepsja;</b>   |
| <b>07-S</b> | <b>choroby układu oddechowego i krążenia;</b>   |
| <b>08-T</b> | <b>choroby układu pokarmowego;</b>  |
| <b>09-M</b> | <b>choroby układu moczowo- płciowego;</b>   |
| <b>10-N</b> | <b>choroby neurologiczne;</b>   |
| <b>11-I</b> | <b>inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego;</b> |
| <b>12-C</b> | <b>całościowe zaburzenia rozwojowe;</b>   |

W przypadku braku symboli niepełnosprawności należy, brać pod uwagę schorzenia zawarte we wniosku lekarskim.

**Informację o ośrodkach i organizatorach turnusów można uzyskać w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu lub na stronie internetowej:**

- <https://empatia.mpips.gov.pl>

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

do przetwarzania danych osobowych

Na podstawie art. 13 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwane dalej RODO, informuję Pana/Panią, że:

Administratorem Pana/i Danych jest:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu  
99-400 Łowicz, ul. Podrzeczna 30

Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych oraz udostępnia jego dane kontaktowe:

Karolina Koprowska  
[pcprlowicz@poczta.fm](mailto:pcprlowicz@poczta.fm)  
46/816-00-28, 837-03-44 w. 26

Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu:

Realizacji zadań wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych i wydanych do niej rozporządzeń wykonawczych

Podstawą do przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:

Udzielona przez Pana/Panią zgoda na przetwarzanie danych wynika z obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z powyższej ustawy.

Informacja o przekazywaniu danych do innych podmiotów:

Pana/Pani dane są przekazywane innym organom i podmiotom niewymienionym w przepisach prawa w celach wskazanych powyżej. Odbiorcami danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru danych, w tym państwa trzecie, w uzasadnionych przypadkach i na podstawie odpowiednich przepisów prawa.

Okres przechowywania danych:

Pani/Pana dane będą przechowywane przez **10** lat, zgodnie z Zarządzeniem Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łowiczu w porozumieniu z Dyrektorem Archiwum Państwowego w Warszawie w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego wykazu akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwum zakładowego

Ma Pani/Pan prawo do:

1. dostępu do swoich danych oraz możliwość ich sprostowania,
2. usunięcia lub ograniczenia przetwarzania swoich danych,
3. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
4. przenoszenia danych,
5. cofnięcia wyrażonej zgody na przetwarzanie danych,
6. wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy przetwarzanie danych naruszyłoby przepisy ogólne rozporządzenia.

Podane przez Panią/Pana dane są:

Wymogiem ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych i wydanych do niej rozporządzeń. Konsekwencją niepodania danych będzie niezafatwienie sprawy.

Pani/Pana dane:

Nie podlegają zautomatyzowanemu systemowi podejmowania decyzji, w tym profilowaniu.

.....  
Data i czytelny podpis petenta  
od którego zbierane są dane

.....  
Podpis pracownika