

**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 .....

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

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności kamej 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)

.....  
(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"/> dysfunkcja narządu wzroku                  | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe     |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna                         | <input type="checkbox"/> padaczka                  |
| <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia                 | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....       |
|   | .....  |

#### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

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

#### Uwagi:

.....

.....

.....

.....

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwie zaznaczyć.

.....  
(data)

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza)

**OŚWIADCZENIE  
OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ  
ubiegającej się o dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego**

Ja niżej podpisany (-a) .....  
oświadczam, iż zobowiązuję się że:

- 1) w przypadku turnusu, którego program przewiduje także zabiegi fizjoterapeutyczne, przedstawię podczas pierwszego badania lekarskiego na turnusie zaświadczenie lekarskie o aktualnym stanie zdrowia, w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach,
- 2) nie będę pełnił (-a) funkcji członka kadry na tym turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.

Ponadto oświadczam, iż zostałem (-am) poinformowany (-a), że dofinansowanie uczestnictwa osoby niepełnosprawnej w turnusie może być wykorzystane jedynie przez osobę, której zostało przyznane.

**KLAUZULA INFORMACYJNA  
W ZAKRESIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Na podstawie art. 13 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; zwane dalej: „RODO”), informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Opolu Lubelskim z siedzibą w Poniatowej ul. 11 Listopada 5, 24-320 Poniatowa.
2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: [inspektor@cbi24.pl](mailto:inspektor@cbi24.pl).
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązków prawnych ciążących na Administratorze, w szczególności wynikających z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych [t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 511 z późn. zm.] oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych [Dz. U. z 2007 r. Nr 230, poz. 1694 z późn. zm.].
4. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art.6 ust. 1 lit. c) ww. Rozporządzenia.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych będą podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora.
7. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:
  - dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawienia, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także – w przypadku przewidzianych prawem – prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych,
  - wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, lecz ich nie podanie uniemożliwi rozpoznanie i realizację wniosku o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym z uwagi na brak możliwości realizacji określonych wyżej celów przetwarzania danych osobowych.

9. Ponadto informujemy, iż w związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych nie podlega Pani/Pan decyzjom, które się opierają wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, o czym stanowi art. 22 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.

.....  
*data*

.....  
*czytelny podpis Wnioskodawcy*

# SYTUACJA SPOŁECZNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ I JEJ POTRZEBY W ROZWIJANIU UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH

1. Imię i nazwisko .....

2. Numer telefonu .....

### 3. Opis sytuacji zdrowotnej:

Stopień niepełnosprawności: .....

Rodzaj niepełnosprawności: .....

.....

### 4. Opis sytuacji społecznej – stopień samodzielnego funkcjonowania na poziomie społecznym i zgłaszane potrzeby w tym zakresie:

• sytuacja zawodowa .....

• komunikowanie się (nawiązywanie, utrzymywanie kontaktów interpersonalnych):

samodzielnie  z pomocą, w zakresie: .....

.....

.....

• zaradność życiowa (rozwiązywanie codziennych problemów, podejmowanie decyzji dotyczących własnej osoby, załatwianie różnych spraw m.in. urzędowych):

samodzielnie  z pomocą, w zakresie: .....

.....

.....

### 5. Potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych:

a. wyrabianie zaradności osobistej, poprawa samoobsługi:  **tak**  **nie**

b. pobudzanie aktywności społecznej, przywracanie utraconych zdolności do pełnienia ról społecznych:  **tak**  **nie**

c. wdrażanie do korzystania z dóbr kultury:  **tak**  **nie**

d. realizacja i rozwijanie zainteresowań:  **tak**  **nie**

e. rozbudzanie motywacji integracyjnych, wyjścia z izolacji:  **tak**  **nie**

.....

*data i podpis wnioskodawcy*

---

### W Y P E Ł N I A   pracownik PCPR

Ocena uzasadniająca udział w turnusie rehabilitacyjnym:  **wskazany**  **niewskazany**

uzasadnienie: .....

.....

.....

Poniatowa, .....

*data*

.....

*podpis pracownika socjalnego*

**OŚWIADCZENIE**  
**OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**  
**dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Opolu Lubelskim**  
**z siedzibą w Poniatowej**

*Nazwisko i imię*

.....

*Adres zameldowania /stały/*

.....

*Adres zameldowania /tymczasowy/*

.....

*Dowód osobisty Seria ..... Nr .....*

**PESEL** .....

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

zobowiązuję się do sprawowania nad nią/nim ciągłej opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego i zwracam się z uprzejmą prośbą o przyznanie dofinansowania do kosztów uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym dla opiekuna osoby niepełnosprawnej.

Oświadczam, że jest mi wiadome, że dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego dla osób niepełnosprawnych i opiekuna przysługuje tylko jeden raz w danym roku.

Ponadto oświadczam, iż:

- a) nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
- b) nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- c) ukończyłem 18 lat albo 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

**KLAUZULA INFORMACYJNA**  
**W ZAKRESIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Na podstawie art. 13 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; zwane dalej: „RODO”), informujemy, iż:

10. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Opolu Lubelskim z siedzibą w Poniatowej ul. 11 Listopada 5, 24-320 Poniatowa.
11. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: [inspektor@cbi24.pl](mailto:inspektor@cbi24.pl).
12. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązków prawnych ciążących na Administratorze, w szczególności wynikających z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych [t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 511 z późn. zm.] oraz rozporządzenia Ministra

Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych [Dz. U. z 2007 r. Nr 230, poz. 1694 z późn. zm.].

13. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach odrębnych, w tym przepisów archiwalnych.
14. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art.6 ust. 1 lit. c) ww. Rozporządzenia.
15. Odbiorcami Pani/Pana danych będą podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora.
16. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:
  - dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawienia, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także – w przypadku przewidzianych prawem – prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych,
  - wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
17. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, lecz ich nie podanie uniemożliwi rozpoznanie i realizację wniosku o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym z uwagi na brak możliwości realizacji określonych wyżej celów przetwarzania danych osobowych.
18. Ponadto informujemy, iż w związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych nie podlega Pani/Pan decyzjom, które się opierają wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, o czym stanowi art. 22 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.

.....  
*data (dzień-miesiąc-rok)*

.....  
*czytelny podpis opiekuna*