

Nr sprawy .....

**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     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 karnej za składanie nieprawdziwych danych.

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

Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich dla celów tej jednostki zgodnie z Rozporządzeniem 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 (zwane dalej RODO) i przepisami krajowymi z zakresu ochrony danych osobowych.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy lub opiekuna  
prawnego/pełnomocnika/przedstawiciela  
ustawowego osoby niepełnosprawnej)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* Właściwe zaznaczyć.

\*\*\* Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizykoterapeutyczne

---

### **Wypełnia PCPR**

.....  
( data wpływu wniosku )

.....  
(pieczęć PCPR i podpis pracownika )

---

### **Załączniki do wniosku:**

1. Kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, w art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r., poz. 511 z późn. zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r.,
  2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny ( druk w załączeniu)
  3. Oświadczenie osoby niepełnosprawnej ( druk w załączeniu).
  4. Oświadczenie opiekuna osoby niepełnosprawnej (druk w załączeniu) o dofinansowanie opiekuna może się ubiegać osoba niepełnosprawna znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo równoważnym oraz osoba niepełnosprawna w wieku do 16 lat na wniosek lekarza.
  5. W przypadku gdy w imieniu osoby niepełnosprawnej występuje przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny lub pełnomocnik należy dołączyć oświadczenie ( druk w załączeniu).
  6. W przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy dołączyć odpowiednio kopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego
  7. W przypadku osób niepełnosprawnych uczących się i niepracujących w wieku 16-24 lat, posiadających inny niż znaczny stopień niepełnosprawności, do wniosku należy dołączyć aktualne zaświadczenie ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki.
-

.....  
(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"/> schorzenia układu krążenia                 | <input type="checkbox"/> inne (jakie?).....        |
|   | .....  |

#### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

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

#### Uwagi:

.....

.....

.....

.....

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* Właściwe zaznaczyć

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

.....dnia.....

.....  
imię i nazwisko

.....  
PESEL

.....  
dokładny adres

### **OŚWIADCZENIE**

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego (Dz. U. z 2018 r., poz. 1600 z późn. zm.) oświadczam, iż w przypadku otrzymania dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego, nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie, ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.

„Art. 233.

*§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.*

*§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.*

*§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.”*

.....  
czytelny podpis

.....dnia.....

.....  
imię i nazwisko

.....  
PESEL

.....  
dokładny adres

### OŚWIADCZENIE OPIEKUNA

*(dołączać tylko do wniosku gdzie występuje konieczność opieki osoby drugiej)*

Świadomy (a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego (Dz. U. z 2018 r., poz. 1600 z późn. zm.) oświadczam, że na turnusie rehabilitacyjnym podejmę się opieki nad:

.....  
(imię i nazwisko)

Jednocześnie oświadczam, że:

- na tym turnusie nie będę pełnił (a) funkcji członka kadry,
- nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby
- ukończyłem 18 lat lub 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej \*

„Art. 233.

*§ 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.*

*§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.*

*§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.”*

.....  
czytelny podpis opiekuna

\*niepotrzebne skreślić



## **Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich**

1. Informujemy, że podane przez Państwa dane osobowe będą przetwarzane i administrowane zgodnie z Rozporządzeniem 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 (zwane dalej RODO) i przepisami krajowymi z zakresu ochrony danych osobowych.
2. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich, z siedzibą w Strzelcach Opolskich 47-100, ul. Bolesława Chrobrego 5.
3. Inspektorem Ochrony Danych jest Pani Monika Frejlich. W sprawach związanych z przetwarzaniem Państwa danych osobowych można skontaktować się:  
numer telefonu: 77 440 17 82  
adres e-mail: [iod@powiatstrzelecki.pl](mailto:iod@powiatstrzelecki.pl)  
siedziba: Starostwo Powiatowe w Strzelcach Opolskich 47-100, ul. Jordanowska 2.
4. Odbiorcą danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich oraz podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz podmioty, z którymi podpisano umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
5. Państwa dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, b, c, e RODO oraz innych przepisów prawa, które zobowiązują i wskazują na konieczność przetwarzania danych - w celu realizacji zadań z obszaru polityki społecznej powiatu określonych w ustawie o pomocy społecznej, ustawie o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, ustawie o ochronie zdrowia psychicznego i prowadzonych w tym zakresie postępowań administracyjnych.
6. Dane osobowe będą przekazywane do innego państwa wyłącznie w przypadkach, kiedy wymaga tego prowadzone postępowanie.
7. Państwa dane osobowe przechowywane będą w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich przez okres niezbędny do zrealizowania zadania oraz zgodnie z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych ( Dz. U. z 2011 r nr 14 poz.67 z póź. zm.).
8. Informujemy, że przysługuje Państwu prawo: dostępu do treści swoich danych osobowych, do ich sprostowania, usunięcia prawo do ograniczenia ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych osobowych, za wyjątkiem gdy przepisy prawa wyłączają Państwa prawa we wskazanym zakresie.
9. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych na niezgodne z RODO przetwarzanie Państwa danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich.
10. Podanie przez Państwa danych osobowych jest:
  - a) warunkiem realizacji zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich i wynika z przepisów prawa,
  - b) dobrowolne, jednak niezbędne do załatwienia sprawy w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Strzelcach Opolskich.