

## Informacja o stanie zdrowia

**Imię i Nazwisko**.....

**PESEL** albo numer dokumentu tożsamości.....

**ADRES**.....

(Miejsce pobytu\*) .....

Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

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

Choroby współistniejące, przebyte operacje.....

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

Uczulenia.....

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

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne

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

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych

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

Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16 roku życia

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

Szczepienia ochronne (daty) – dotyczy osób do 16 roku życia

.....  
.....

.....  
(data)

.....  
pieczęćka i podpis lekarza

---

\* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

## Wypełnia Wnioskodawca

### Zgoda na przetwarzanie danych osobowych, w tym danych „szczególnych kategorii”

Czy wyraża Pan/Pani zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie zwanym dalej PCPR, z siedzibą w Starachowicach, w celu realizacji przez PCPR ustawowych zadań dotyczących Pana/Pani osoby lub sprawy, które Pan/Pani przekazał/a nam w składanym wniosku/dokumentacji/oświadczeniu, w tym danych o Pana/Pani stanie zdrowia ,

Ponieważ dane szczególnych kategorii w tym *dotyczące* zdrowia/inne chronione są szczególnie, musimy prosić Pana/Panią o wyrażenie wyrażnej zgody na ich przetwarzanie.

Prosimy, wyraźnie potwierdzić (postawić znak krzyżyk przy właściwej odpowiedzi), że zgadza się Pan/Pani, abyśmy przetwarzali podane przez Pana/Panią dane, o których mowa wyżej:

NIE

Nie zgadzam się na to, abyście przetwarzali podane przeze mnie dane, o których mowa wyżej, w tym dane szczególnych kategorii, w powyżej wskazanych celach.

TAK

Tak, zgadzam się na to, abyście przetwarzali podane przeze mnie dane, o których mowa wyżej, w tym dane szczególnych kategorii, w powyżej wskazanych celach.

### **Klauzula informacyjna:**

Zgodnie z art.13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy, iż:

- 1) administratorem Pana/Pani danych osobowych jest PCPR z siedzibą w Starachowicach,
- 2) inspektorem ochrony danych osobowych jest Pan Michał Stępień ([m.stepien@pcpr.starachowice.pl](mailto:m.stepien@pcpr.starachowice.pl), tel. 412748806),
- 3) Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji przez PCPR ustawowych zadań dotyczących Pana/Pani osoby lub sprawy na podstawie Pana/Pani zgody (podstawa z art.6 ust.1 RODO),
- 4) odbiorcą Pana/Pani danych osobowych będą pracownicy PCPR\członkowie komisji ds. rozpatrywania wniosków,
- 5) Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do celów realizacji Pana/Pani sprawy oraz wymagany prawem okres archiwizacji dokumentów,
- 6) posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych, a także otrzymania kopii oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
- 7) ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do PUODO gdy uzna, iż przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- 8) podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem rozpatrzenia sprawy, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie odmowa jej wszczęcia.

.....  
data

.....  
czytelny podpis

## OŚWIADCZENIE OPIEKUNA

IMIĘ I NAZWISKO:.....

ADRES ZAMIESZKANIA:.....

.....

**Oświadczam, że nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na tym turnusie, nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby, ukończyłem/am 18 lat;/ ukończyłem/am 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.**

### **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych, w tym danych „szczególnych kategorii”**

Czy wyraża Pan/Pani zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie zwanym dalej PCPR, z siedzibą w Starachowicach, w celu realizacji przez PCPR ustawowych zadań dotyczących Pana/Pani osoby lub sprawy, które Pan/Pani przekazał/a nam w składanym wniosku/dokumentacji/oświadczeniu, w tym danych o Pana/Pani stanie zdrowia,

Ponieważ dane szczególnych kategorii w tym dotyczące zdrowia/inne chronione są szczególnie, musimy prosić Pana/Panią o wyrażenie wyraźnej zgody na ich przetwarzanie.

Prosimy, wyraźnie potwierdzić (postawić znak krzyżyk przy właściwej odpowiedzi), że zgadza się Pan/Pani, abyśmy przetwarzali podane przez Pana/Panią dane, o których mowa wyżej:

NIE

Nie zgadzam się na to, abyście przetwarzali podane przeze mnie dane, o których mowa wyżej, w tym dane szczególnych kategorii, w powyżej wskazanych celach.

TAK

Tak, zgadzam się na to, abyście przetwarzali podane przeze mnie dane, o których mowa wyżej, w tym dane szczególnych kategorii, w powyżej wskazanych celach.

### **Klauzula informacyjna:**

Zgodnie z art.13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informujemy, iż:

- 1) administratorem Pana/Pani danych osobowych jest PCPR z siedzibą w Starachowicach,
- 2) inspektorem ochrony danych osobowych jest Pan Michał Stępień ([m.stepien@pcpr.starachowice.pl](mailto:m.stepien@pcpr.starachowice.pl), tel. 412748806),
- 3) Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji przez PCPR ustawowych zadań dotyczących Pana/Pani osoby lub sprawy na podstawie Pana/Pani zgody (podstawa z art.6 ust.1 RODO),
- 4) odbiorcą Pana/Pani danych osobowych będą pracownicy PCPR\członkowie komisji ds. rozpatrywania wniosków,
- 5) Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do celów realizacji Pana/Pani sprawy oraz wymagany prawem okres archiwizacji dokumentów,
- 6) posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych, a także otrzymania kopii oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przeniesienia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
- 7) ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do PUODO gdy uzna, iż przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- 8) podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem rozpatrzenia sprawy, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie odmowa jej wszczęcia.

.....

data

.....

czytelny podpis opiekuna

## **Dokumenty niezbędne do wniosku o turnus rehabilitacyjny:**

1. Kopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności Wnioskodawcy , bądź kopia orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1.01.1998r. (oryginał do wglądu).
2. Zaświadczenie o dochodach ( wszelkie dochody podlegające opodatkowaniu i dochody nie podlegające opodatkowaniu) Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą -dochód netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (zaświadczenie z zakładu pracy, odcinki emerytury, renty bądź decyzje z ZUS o wysokości tych świadczeń) –( tylko do wglądu).
3. Kopie decyzji świadczeń pobieranych z MOPS, GOPS, alimenty otrzymywane, alimenty z funduszu alimentacyjnego, stypendia – (tylko do wglądu).
4. Zaświadczenie z Urzędu Gminy lub Miasta o posiadaniu gospodarstwa rolnego i wysokości dochodu z niego – (tylko do wglądu).
5. Dokumenty potwierdzające pobieranie z Agencji Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa dopłat Unijnych do posiadanego gospodarstwa rolnego – (tylko do wglądu).
6. Postanowienie Sądowe dla wnioskodawców częściowo lub całkowicie ubezwłasnowolnionych.  
Jeżeli wnioskodawca nie może osobiście podpisać wniosku w siedzibie PCPR to podpis składa jego opiekun prawny w oparciu o Pełnomocnictwo udzielone przez wnioskodawcę i poświadczone przez uprawnione organy. W przypadku osoby małoletniej podpis na wniosku składa jej przedstawiciel ustawowy.
7. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych, w tym danych „szczególnych kategorii”- jeden egzemplarz wypełnia wnioskodawca- drugi egzemplarz wypełnia opiekun.