

**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 ....., telefon .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania\* .....

Data urodzenia .....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym .....

**POSIADANE ORZECZENIE \*\***

a) o stopniu niepełnosprawności:  znacznym  umiarkowanym  lekkim

Numer orzeczenia: .....

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

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

#### Klauzula RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

#### Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

#### Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

#### Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

#### Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

#### Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie 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”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

#### Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

#### Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

#### Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

#### Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

#### **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: .....

Numer telefonu: .....

Adres email: .....

Data urodzenia: .....

ustanowiony przedstawicielem\* / opiekunem\* / pełnomocnikiem\*: .....

postanowieniem Sądu: .....

z dn. .... sygn. Akt\*: .....

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza\*: .....

z dn. .... repet. nr .....

.....  
data

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

**Informacje uzupełniające do wniosku**  
**DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

**Numer telefonu:** .....

**Adres e-mail:** .....

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis

---

\* 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"/> schorzenia układu krążenia                 | .....                                              |

**Konieczność opieki osoby drugiej na turnusie rehabilitacyjnym:**

- Nie  
 Tak, uzasadnienie

.....  
.....

**Uwagi:**

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

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu  
\*\* Właściwie zaznaczyć

.....  
**Data**

.....  
**Pieczęć i podpis lekarza**

## 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)

.....

pieczęć i podpis lekarza

## Informacja o przetwarzanych danych

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust.2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 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 (dalej RODO) informuję, że od dnia 25 maja 2018 roku przysługują Osobie określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem danych:

**1. Administratorem Pani/Pana danych jest** Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Starachowicach, którego siedziba jest w Starachowicach, ul. Złota 6, 27 - 200 Starachowice;  
e-mail: [sekretariat@pcpr.starachowice.pl](mailto:sekretariat@pcpr.starachowice.pl) tel. 41 274 88 06

**2. Powołany jest Inspektor Ochrony Danych Osobowych:**

Można się z nim skontaktować **w formie pisemnej na adres:**

- Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Złota 6 27-200 Starachowice,
- e-mail: [iod@pcpr.starachowice.pl](mailto:iod@pcpr.starachowice.pl),
- telefonicznie: 41 274 88 06,

**1. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Starachowicach przetwarza Pani/Pana dane zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO, w celu wykonywania zadań ustawowych w zakresie: wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, pomocy społecznej, przeciwdziałaniu przemocy domowej oraz dofinansowań z zakresu rehabilitacji społecznej - na podstawie:**

- > Ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej,
- > Ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej,
- > Ustawy z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej,
- > Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
- > Ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego.

**1. W związku z przetwarzaniem danych w celach określonych w pkt 3 Pani/Pana dane będą udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych.**

Odbiorcami Pani/Pana danych będą:

- 1) Pani/Pan jako Strona postępowania, jako Wnioskodawca, Pani/Pana Pełnomocnicy,
- 2) Członkowie komisji do spraw rozpatrywania wniosków.

**Uwaga:** Organy publiczne, które mogą otrzymywać Pani/Pana dane osobowe w ramach konkretnego postępowania zgodnie z prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, nie są uznawane za odbiorców.

**2. Okres przechowywania danych osobowych:**

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wskazanych w pkt. 3 celów przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z Jednolitego Rzeczonego Wykazu Akt.

**3. W związku z przetwarzaniem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Starachowicach Pani/Pana danych osobowych przysługuje Pani/Panu:**

- > prawo dostępu do swoich danych osobowych,
- > prawo do ograniczenia ich przetwarzania,
- > prawo do sprostowania swoich danych osobowych,
- > prawo do przenoszenia swoich danych,
- > prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

**Uwaga:** pozytywne rozpatrzenie Pani/Pana sprzeciwu wobec przetwarzania danych lub prawa do przeniesienia danych musi być zgodne z przepisami prawa, na podstawie których odbywa się przetwarzanie.

**1. W przypadku przetwarzania danych w oparciu o zgodę,** przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

**2. W przypadku uznania, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO,** przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

**3. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest:**

- > dobrowolne, oraz konieczne celem załatwienia sprawy,
- > wymogiem ustawowym.

**1. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.**

**2. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

## OŚWIADCZENIE OPIEKUNA

Imię i Nazwisko..... telefon.....

Adres zamieszkania.....

.....

Ja niżej podpisany oświadczam, że będę pełnił funkcję opiekuna osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym.

- 1) Nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na tym turnusie,
- 2) Nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- 3) Ukończyłem/ am 18 lat lub
- 4) Ukończyłem/am 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

.....

(data)

.....

(podpis opiekuna)

## INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnosprawnej 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 ośrodka 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 ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy  
Opiekuna prawnego, Pełnomocnika,  
Przedstawiciela ustawowego)



### **Załączniki do wniosku:**

1. Kopia ważnego orzeczenia o niepełnosprawności Wnioskodawcy (oryginał do wglądu).
2. Zaświadczenie o dochodach ( wszelkie dochody podlegające opodatkowaniu i dochody nie podlegające opodatkowaniu) Wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z Wnioskodawcą - (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. Prosimy o podanie we wniosku numeru telefonu.