

**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\* .....

.....tel. ....

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 ..... 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.

\*\* Właściwe 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 rehabilitacyjnym

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

### Uwagi:

.....

.....

.....

.....

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

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY**  
**(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej)**  
**opiekun prawny lub pełnomocnik**

Imię/imiona i nazwisko.....  
data urodzenia ..... nr PESEL .....

adres zamieszkania: kod pocztowy .....-.....  
miejsowość ..... ulica ..... nr domu ..... nr lokalu .....

nr tel. .... adres e-mail .....

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

postanowieniem Sądu Rejonowego: .....

.....

z dnia .....sygn. akt. ....

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

z dnia ..... repert. nr.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy/ Przedstawiciela ustawowego/  
Opiekuna prawnego/ Pełnomocnika\* )

*\*niepotrzebne skreślić*

## KLAUZULA INFORMACYJNA

### przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Sławnie.

Zgodnie z art. 13 ust.1 i ust. 2 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) informujemy, że z dniem 25 maja 2018r.:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Sempołowskiej 2A, 76-100 Sławno jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie.  
Administrator powołał **Inspektora Ochrony Danych (IOD)** Pana Andrzeja Popielarza, z którym skontaktować się można mailowo: [a.popielarz@pcprslawno.pl](mailto:a.popielarz@pcprslawno.pl) lub telefonicznie: 59 810 64 02.
2. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych jest wykonanie obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w celu realizacji zadań ustawowych realizowanych w powiecie sławieńskim przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sławnie.
4. Podanie danych osobowych jest wymogiem wynikającym z przepisów prawa. Konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości realizacji Pani/Pana sprawy.
5. Pani/Pana dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa w tym Jednolitym rzeczowym wykazem akt.
6. Administrator przekaze Pani/Pana dane wyłącznie podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.
7. Administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.
8. Ma Pani/Pan prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania, przenoszenia i usunięcia oraz ograniczenia przetwarzania danych jak również prawo wycofać zgodę na przetwarzanie danych w dowolnym momencie co nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
9. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przez Administratora przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
10. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

#### Załączniki do wniosku:

1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego.
2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.
3. Informacja dotycząca przedstawiciela ustawowego.
4. Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Sławnie.

