Wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Numer sprawy .....

Imię i nazwisko .....
PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....
Adres zamieszkania*.....
Data urodzenia .....
Numer telefonu .....
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 .....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 niewłaściwych danych.

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

Oświadczenie:

1. Przyjmuję do wiadomości, że administratorem zebranych danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kościerzynie, przy ul. I. Krasickiego 4.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym zgodnie z art. 35a ust. 1 pkt 7a ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. 2025 r. poz. 913).
3. Oświadczam, że znam prawo do wglądu, zmiany i żądania zaprzestania przetwarzania swoich danych.
4. Podanie danych jest dobrowolne.
5. Oświadczam, iż nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
6. Uprzedzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks Karny (Dz. U. z 2022 , poz. 1138) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
7. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

....

data **czytelny podpis wnioskodawcy lub opiekuna**

Wypełnia PCPR

....

data wpływu wniosku do PCPR **pieczęć PCPR i podpis pracownika**

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** właściwe zaznaczyć

***dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

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 rodzaj dysfunkcji**

☐ dysfunkcja narządu ruchu ☐ dysfunkcja narząd słuchu

☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

☐ dysfunkcja narządu wzroku ☐ upośledzenie umysłowe

☐ choroba psychiczna ☐ padaczka

☐ schorzenia układu krążenia ☐ inne (jakie?).....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

☐ **Nie**

☐ **Tak - uzasadnienie** .....

.....

.....

.....

Uwagi:

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

....
data pieczątka i podpis lekarza

---

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
**właściwe zaznaczyć

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)

(podpis
*przedstawiciela ustawowego**
*opiekuna prawnego**
pełnomocnika)*

Informacje uzupełniające do wniosku
DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu: .....

Adres e-mail: .....

....
(podpis) *(data)*

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO" informuję, że:

1) Administratorem Państwa danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kościerzynie, ul. Krasickiego 4, 83-400 Kościerzyna, tel.: 58-686-50-05, e-mail: sekretariat@pcprkoscierzyna.pl,**

2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu e-mail: **inspektorochronydanych@pcprkoscierzyna.pl** lub pisemnie pod adres Administratora.

3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu wykonywania zdań z zakresu rehabilitacji zawodowej, społecznej i zatrudnianiu osób z niepełnosprawnością, tj. gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO) w zw. z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 913)

4) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych tj. 10 lat.

5) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.

6) Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).

7) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
   a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
   b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
   c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
   d) prawo do usunięcia danych w przypadkach określonych w przepisach RODO;
   e) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w sytuacji, gdy uznają Państwo, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);

8) Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3.

9) Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych tj. podmiotom zapewniającym ochronę danych osobowych i bezpieczeństwo IT, dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom usług informatycznych w zakresie systemów księgowo-ewidencyjnych, usługodawcom z zakresu księgowości, dostawcy strony podmiotowej w Biuletynie Informacji Publicznej, dostawcy usług informatycznych w zakresie systemów elektronicznego zarządzania dokumentacją w jednostce, dostawcy usług hostingu poczty mailowej w przypadku korespondencji prowadzonej drogą mailową, dostawcy usług brakowania bądź archiwizowania dokumentacji i nośników danych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.