

**Data wpływu:**

**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: .....

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 ☐ 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.

.....

(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: .....

☐ Przedstawiciel ustawowy

☐ Ustanowiony: Opiekunem prawnym Postanowieniem sądu rejonowego z dnia .....

....., Sygnatura akt .....

☐ Ustanowiony: Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusz

.....

.....  
( data)

.....  
podpis

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

Numer telefonu: .....

Adres e-mail: .....

.....  
( data)

.....  
podpis

**DO WNIOSKU NALEŻY ZAŁĄCZYĆ:**

1. Kopię orzeczenia lub kopię wpisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art.1, art. 5 pkt. 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, a w przypadku osoby o której mowa 62 ust. 3 tej ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanym przed dniem 1 stycznia 1998r. (oryginał do wglądu),
2. Kopię pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego,
3. Oświadczenie – załącznik nr 1
4. zaświadczenia o pobieraniu nauki (dotyczy osób w wieku od 16 do 24 r. życia) dotyczy osób uczących się i niepracujących.
5. wniosek lekarza- załącznik nr 2 do wniosku
6. klauzula RODO uczestnika oraz opiekuna (jeżeli dotyczy)

.....  
Imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....  
Miejscowość, data

.....  
Adres zamieszkania

.....  
**Oświadczenie do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.**

Oświadczam, że:

- 1) w roku, w którym ubiegam się o dofinansowanie, nie uzyskałem(am) na ten cel dofinansowania ze środków Funduszu;
- 2) wezmę udział w turnusie, który odbędzie się w ośrodku wpisanym do rejestru ośrodków, prowadzonego przez wojewodę, albo poza takim ośrodkiem, w przypadku gdy turnus jest organizowany w formie niestacjonarnej;
- 3) wybiorę organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusów;
- 4) będę uczestniczył(a) w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybrałem(am);
- 5) nie będę pełnił(a) funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu;
- 6) moim opiekunem\*/opiekunem mojego dziecka\* na turnusie będzie:

.....  
(Imię i nazwisko opiekuna)

.....  
(adres zamieszkania opiekuna)

7) wyżej wymieniony opiekun:

- 1) nie będzie pełnił funkcji członka kadry na turnusie rehabilitacyjnym, w którym będę uczestniczył (a),
- 2) nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- 3) ukończył 18 lat \* lub ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem mojej rodziny\*/ w/w osoby niepełnosprawnej. \*
- 4) Oświadczam, że jestem /mój podopieczny jest osobą niepełnosprawną, uczącą się i niepracującą:

☐ tak\*

☐ nie

☐ nie dotyczy

\*należy dołączyć zaświadczenie o pobieraniu nauki

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przez złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie

Uprowadzony(a) o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego – „kto, składając zeznania 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” oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

.....  
data

.....  
(podpis Wnioskodawcy\* przedstawiciela ustawowego\* opiekuna prawnego\*)

\*niepotrzebne skreślić

\*\* właściwe zaznaczyć

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

**WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY**

(sporządzony nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku)

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres (miejsce pobytu\*) .....

**RODZAJ SCHORZENIA LUB DYSFUNKCJI \*\***

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu
- ☐ dysfunkcja narządu słuchu
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku
- ☐ upośledzenie umysłowe
- ☐ choroba psychiczna
- ☐ padaczka
- ☐ schorzenia układu krążenia
- ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- ☐ inne ( jakie?).....

**KONIECZNOŚĆ POBYTU OPIEKUNA NA TURNUSIE\*\***

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

**UWAGI:**

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

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

\*\* Właściwie zaznaczyć.

## KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

1. Administratorem, czyli podmiotem decydującym o tym, jak będą wykorzystywane dane osobowe w Urzędzie jest dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Trzebnicka 4b, 56-300 Milicz. Z Administratorem można się kontaktować za pomocą operatora pocztowego na adres: ul. Trzebnicka 4b, 56-300 Milicz lub za pomocą adresu poczty elektronicznej e-mail: pcprmilicz@wp.pl.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować za pomocą adresu poczty elektronicznej e-mail: iodo (at) pcprmilicz.pl, za pomocą operatora pocztowego na adres: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Trzebnicka 4b, 56-300 Milicz z dopiskiem: „Inspektor Ochrony Danych” lub telefonicznie pod numerem 71-38-41-384. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem swoich danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących klientowi Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu na podstawie RODO.
3. Administrator danych osobowych przetwarza dane osobowe klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.
4. Dane osobowe klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu są przetwarzane przez Administratora w celu/celach:
  - a. Wypełniania wszystkich obowiązków prawnych ciążyących na Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu,
  - b. Realizacji umów zawartych ze zleceniobiorcami, kontrahentami,
  - c. W pozostałych przypadkach dane osobowe klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i w celu określonym w treści zgody.
5. Dane osobowe klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu będą przechowywane przez Administratora przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 4, a po tym czasie - zgodnie z zatwierdzoną instrukcją archiwalną i jednolitym rzeczowym wykazem akt dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu na mocy przepisów powszechnie obowiązującego prawa.
- a. Dane osobowe klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu będą przekazywane wyłącznie osobom upoważnionym przez Administratora. Odbiorcami przetwarzania danych osobowych w celach, o których mowa pkt 4, mogą być:
  - a. organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa,
  - b. inne podmioty, które na podstawie stosownych umów przetwarzają dane osobowe dla których Administratorem jest dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu.
6. Dane osobowe klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu nie są przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy i do organizacji międzynarodowych.
7. Dane osobowe klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
8. Administrator pragnie zapewnić, że wszystkim osobom, których dane osobowe są przetwarzane przez Administratora, przysługują odpowiednie prawa wynikające z RODO. W związku z tym przysługują następujące uprawnienia:
  - a. Prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych,
  - b. Prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne,
  - c. Prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. Prawo do bycia zapomnianym), w przypadku gdy:
    - i. dane osobowe nie są już niezbędne do celów, dla których były zebrane lub w inny sposób przetwarzane,
    - ii. osoba, której dane osobowe dotyczą, wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych,
    - iii. osoba, której dane osobowe dotyczą wycofała zgodę na przetwarzanie danych osobowych, które jest podstawą przetwarzania danych osobowych i nie ma innej podstawy

- prawnej przetwarzania danych,
- iv. dane osobowe przetwarzane są niezgodnie z prawem,
  - v. dane osobowe muszą zostać usunięte w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa,
- d. Prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych – w przypadku gdy:
- i. osoba, której dane osobowe dotyczą kwestionuje prawidłowość danych osobowych,
  - ii. przetwarzanie danych osobowych jest niezgodne z prawem, a osoba, której dane osobowe dotyczą sprzeciwia się usunięciu danych, żądając w zamian ich ograniczenia,
  - iii. Administrator nie potrzebuje już danych osobowych dla swoich celów, ale osoba, której dane osobowe dotyczą potrzebuje ich do ustalenia obrony lub dochodzenia roszczeń,
  - iv. osoba, której dane osobowe dotyczą wniosła sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych, do czasu ustalenia czy prawnie uzasadnione podstawy po stronie Administratora są nadrzędne wobec podstawy sprzeciwu.
- e. Prawo do przenoszenia danych osobowych – w przypadku gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:
- i. przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie umowy zawartej z osobą, której dane osobowe dotyczą lub na podstawie zgody wyrażonej przez tę osobę,
  - ii. przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany.
- f. Prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych – w przypadku gdy łącznie spełnione są następujące przesłanki:
- i. zaistnieją przyczyny związane z Pani/Pana szczególną sytuacją, w przypadku przetwarzania danych osobowych na podstawie zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej przez Administratora,
  - ii. przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych realizowanych przez Administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dane osobowe dotyczą wymagające ochrony danych osobowych, w szczególności gdy osoba której dane dotyczą jest dzieckiem.
9. W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO, czyli zgody na przetwarzanie danych osobowych, klientom Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu przysługuje prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem zgodnie z obowiązującym prawem.
10. Klienci Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu mają prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznają, iż przetwarzanie dotyczących ich danych osobowych narusza przepisy RODO.
11. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane osobowe dotyczą, podanie przez klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.
12. Podanie danych osobowych klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.
13. Podane przez klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Miliczu dane osobowe są przetwarzane w formie papierowej i elektronicznej (systemy informatyczne Administratora).
14. Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić wszelkie środki fizycznej, technicznej i organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym czy umyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi przepisami powszechnie obowiązującego prawa.

.....  
Data

.....  
czytelny podpis Wnioskodawcy/opiekuna  
prawnego/pełnomocnika/przedstawiciela ustawowego