

Nr sprawy :

PCPR w Dąbrowie Tarnowskiej



**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\* .....

Data urodzenia.....

Telefon.....

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 całkowitej/ o niezdolności do pracy  
w gospodarstwie rolnym/ i 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 zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, 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.....

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

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

.....  
(data)

.....  
(podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,  
opiekuna prawnego, pełnomocnika)

Wypełnia PCPR

.....  
**Data wpływu wniosku do PCPR**

.....  
**Pieczęć PCPR i podpis pracownika**

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu. \*\* Właściwie zaznaczyć. \*\*\* Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

## INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

### OŚWIADCZENIE

Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2021r. poz. 2345 ze zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, iż nie miałem/am zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON oraz że nie byłem/am w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie. Zgodnie z Rozporządzeniem 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 (dalej: RODO), zostałem poinformowany, iż: Administratorem moich danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Dąbrowie Tarnowskiej, ul. Szpitalna 1, 33-200 Dąbrowa Tarnowska. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - [iod@pcprdt.pl](mailto:iod@pcprdt.pl). Przetwarzanie moich danych osobowych odbywać się będzie wyłącznie w celu wypełnienia ciężących na PCPR obowiązków prawnych w celu realizacji zadań statutowych PCPR [podstawa prawna Art. 6 ust. 1 lit. c) oraz Art. 9 ust. 2 lit. b) RODO], ochrony interesów publicznych oraz relatywizacji interesów prawnych [podstawa z art. 6 ust. 1 lit. e oraz lit. f RODO]. Szczegółowe informacje na temat przetwarzania danych znajdują się w klauzuli informacyjnej dla klientów PCPR dostępnej na stronie <https://bip.malopolska.pl/pcprwdtarnowskiej,m,305923,klauzula-informacyjna-dla-klientow-pcpr-i-pzon.html> w Biuletynie Informacji Publicznej oraz na tablicach ogłoszeniowych PCPR w Dąbrowie Tarnowskiej.

.....  
(data)

.....  
(podpis wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,  
opiekuna prawnego, pełnomocnika)

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

Imię i nazwisko: .....

PESEL lub numer dokumentu tożsamości: .....

Adres zamieszkania: .....

Data urodzenia: .....

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

postanowieniem Sądu Rejonowego: .....

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

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

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

.....  
(data)

.....  
(podpis przedstawiciela ustawowego,  
opiekuna prawnego, pełnomocnika)

Załączniki do wniosku : 1. kserokopię ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, grupie inwalidzkiej lub orzeczenia o niepełnosprawności, 2. zaświadczenie ze szkoły – dotyczy osób niepełnosprawnych uczących się i niepracujących w wieku od 16 do 24 roku życia, 3. wniosek lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna, o skierowanie na turnus rehabilitacyjny, 4. kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego)

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:\*\*

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

#### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

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

#### Uwagi

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

.....  
(data)

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza)

---

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* Właściwe zaznaczyć.

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
Lub gabinetu lekarskiego

### **Zaświadczenie o aktualnym stanie zdrowia \***

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania .....

Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

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

Choroby współistniejące.....

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

Uczulenia.....

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

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne

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

Uwagi

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

.....  
(data)

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza)

---

\*Zaświadczenie lekarskie o aktualnym stanie zdrowia należy przedstawić podczas pierwszego badania lekarskiego w przypadku turnusu, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

\*\*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

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 i adres (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)

---

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ  
UCZESTNICZĄCEGO W TURNUSIE REHABILITACYJNYM**  
(wypełnia opiekun tylko jeśli lekarz wskaże konieczność jego pobytu na turnusie rehabilitacyjnym)

Ja, niżej podpisany/a

.....  
(imię i nazwisko opiekuna)

.....  
PESEL

jako opiekun osoby niepełnosprawnej .....  
(imię i nazwisko uczestnika turnusu)

zgodnie z § 4 ust. 2 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 roku w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (*Dz. U. z 2007 r., Nr 230, poz. 1694*) **oświadczam, że:**

- ✓ nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
- ✓ nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- ✓ ukończyłem/am 18 lat\*

**lub**

- ✓ ukończyłem/am 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej\*,

**Zobowiązuję się do sprawowania nad nią ciągłej opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego. W przypadku skrócenia pobytu jako opiekun osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe zobowiązuję się do zwrotu przyznanego dofinansowania.**

Zgodnie z Rozporządzeniem 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 (dalej: RODO), zostałem poinformowany, iż: Administratorem moich danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Dąbrowie Tarnowskiej, ul. Szpitalna 1, 33-200 Dąbrowa Tarnowska. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - [iod@pcprdt.pl](mailto:iod@pcprdt.pl). Przetwarzanie moich danych osobowych odbywać się będzie wyłącznie w celu wypełnienia ciążących na PCPR obowiązków prawnych w celu realizacji zadań statutowych PCPR [podstawa prawna Art. 6 ust. 1 lit. c) oraz Art. 9 ust. 2 lit. b) RODO], ochrony interesów publicznych oraz relatywizacji interesów prawnych [podstawa z art. 6 ust. 1 lit. e oraz lit. f RODO]. Szczegółowe informacje na temat przetwarzania danych znajdują się w klauzuli informacyjnej dla klientów PCPR dostępnej na stronie <https://bip.malopolska.pl/pcprwdtarnowskiej,m,305923,klauzula-informacyjna-dla-klientow-pcpr-i-pzon.html> w Biuletynie Informacji Publicznej oraz na tablicach ogłoszeniowych PCPR w Dąbrowie Tarnowskiej.

.....  
data

.....  
czytelny podpis opiekuna