

**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\* .....

.....

Telefon .....

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/łam 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 opiekun .....

(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

**OŚWIADCZENIE:**

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód<sup>1</sup>, 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 świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.**

**Zobowiązuje 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<sup>2</sup>.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1000)<sup>3</sup>

<sup>1</sup> **przeciętny miesięczny dochód** – dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

<sup>2</sup> **art. 233 § 1 kk** „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie Ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

<sup>3</sup> Na podstawie art. 13 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 oraz zgodnie z art. 158 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U.2018 r. poz. 1000) informujemy, że: „Administratorem danych osobowych klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem ul. Chramcówki 15, Pawilon C, 34-500 Zakopane. Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji ustawowych zadań urzędu. Administrator danych osobowych może je przekazać upoważnionym podmiotom na podstawie przepisów prawa. Dane nie będą przekazywane odbiorcy w państwie trzecim ani też organizacji międzynarodowej, nie będą również podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu. Klienci Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zakopanem mają prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, zrządzenia zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny, wynikający z przepisów prawa.”

**Do wniosku o dofinansowanie dołącza się:**

- 1) Kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub kopię orzeczenia, lub kopię wypisu z treści orzeczenia traktowego na równi z tym orzeczeniem (ZUS, KIZ albo KRUS wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.) albo kopię orzeczenia o niepełnosprawności,**
- 2) wniosek lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.**

.....

(data)

.....

(czytelny podpis Wnioskodawcy)

\* 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 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)