

**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 .....  
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.

**Wypełnia PCPR**

.....  
(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: .....

.....  
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\*

---

\* niepotrzebne skreślić

.....  
pieczętka 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"/> choroba psychiczna         |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> padaczka                   |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu                  | <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku                  | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....        |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe                      | .....   |

### KONIECZNOŚĆ POBYTU OPIEKUNA NA TURNUSIE:

- NIE
- TAK – uzasadnienie .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

### UWAGI:

.....

.....

.....

.....

.....  
(data)

.....  
( pieczętka i podpis lekarza )

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwie zaznaczyć

**SYTUACJA SPOŁECZNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ I JEJ POTRZEBY  
W ZAKRESIE ROZWIJANIA UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH**

Wypełnia Wnioskodawca (przedstawiciel ustawowy, opiekun prawny, pełnomocnik)\*

1. Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej:.....

PESEL: .....

2. Główna dysfunkcja najbardziej utrudniająca funkcjonowanie:.....  
.....

3. Opis sytuacji społecznej:

a) sytuacja zawodowa:

- zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
- bezrobotny/poszukujący pracy
- rencista/ emeryt
- dzieci i młodzież do 16. roku życia
- osoba w wieku 16 – 24 lat ucząca się i niepracująca (należy przedłożyć zaświadczenie ze szkoły)
- uczestnik Warsztatu Terapii Zajęciowej/Środowiskowego Domu Samopomocy/Domu Dziennego Pobytu
- inna: .....

b) zaspokajanie codziennych potrzeb życiowych i społecznych:

- samodzielnie
  - z częściową pomocą osób drugih
  - wyłącznie przy pomocy osób drugih
- dodatkowe informacje: .....
- .....
- .....

c) poziom wykształcenia: .....

4. Oczekiwane efekty związane z uczestnictwem w turnusie rehabilitacyjnym:

- poprawa samoobsługi, zwiększenie zaradności osobistej
- nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych
- zwiększenie aktywności społecznej, przywracanie utraconych umiejętności i zdolności do pełnienia ról społecznych
- inne, jakie: .....

Data: .....

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

\* właściwe zaznaczyć

### Informacja RODO – ogólna

<b>Administrator, dane kontaktowe</b>	<p>Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Olecku (dalej: Centrum) reprezentowane przez Dyrektora z siedzibą przy ul. Gołdapskiej 23, 19-400 Olecko, kontakt:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• na adres poczty elektronicznej: centrum@pcpr.olecko.pl,</li><li>• telefonicznie: 87 520 34 30</li><li>• pisemnie lub osobiście: na adres wskazany powyżej</li></ul>
<b>Inspektor Ochrony Danych</b>	<p>W Centrum został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <u>za pomocą poczty elektronicznej: <a href="mailto:iod@pcpr.olecko.pl">iod@pcpr.olecko.pl</a></u></li></ul>
<b>Cele przetwarzania, podstawa prawna przetwarzania, czas przechowywania poszczególnych kategorii danych</b>	<p>Dane osobowe przetwarzane będą w celach:</p> <p><b>1. wypełnienia obowiązków prawnych</b> ciążących na Administratorze w związku z realizowaniem zadań przez Centrum (art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia) na podstawie:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym</li><li>- Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej</li><li>- Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej</li><li>- Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego</li><li>- Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych</li><li>- Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich</li><li>- Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie</li><li>- Ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych</li><li>- Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych</li></ul> <p><b>2. wykonywania zadania realizowanego w interesie publicznym</b> lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi w związku z realizowaniem zadań przez Centrum na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e Rozporządzenia;</p> <p>Dane przetwarzane będą przez okres niezbędny do wykonania ciążących na Administratorze obowiązków, zgodnie z przepisami prawa.</p>
<b>Odbiorcy danych</b>	<p>Dane osobowe mogą być ujawnione podmiotom przetwarzającym na zlecenie i w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w celu świadczenia określonym w umowie usług na rzecz pracodawcy, na przykład: usługi teleinformatyczne, usługi drukarskie, usługi prawne i doradcze.</p>

<b>Prawa osoby, której dane dotyczą</b>	<p>Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do własnych danych osobowych, prawo żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania na warunkach wynikających z Rozporządzenia.</p> <p>Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.</p> <p>W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.</p> <p>W zakresie, w jakim Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w celu zawarcia i wykonania umowy lub przetwarzane na podstawie zgody – przysługuje Pani/Panu także prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. prawo do otrzymania od Centrum Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego (może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych).</p> <p>Przysługuje Pani/Panu również prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w sytuacji, gdy istnieje podejrzenie, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych.</p>
---	--