Wniosek nr: **PCPR. V. 4440.T ……. / 2025**

**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 \*\*

1. o stopniu niepełnosprawności  znacznym  umiarkowanym  lekkim Numer orzeczenia:
2. o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów  I  II  III
3. o całkowitej   o częściowej niezdolności do pracy

o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym o niezdolności do samodzielnej   egzystencji

1. 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.

\*\* Właściwe zaznaczyć.

\*\*\* Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

**Wypełnia PCPR**

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

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

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO

Klauzula RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie 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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO,

a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f

RODO.

Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe.

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

1. na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
2. na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
3. na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
4. na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
5. na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
6. art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

. ………………………………………...

Data, imię i nazwisko

# 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: .........................................................................................................................................

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

*(data) (podpis)*

\* niepotrzebne skreślić

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**OŚWIADCZENIE**

**OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

( wypełnia Opiekun, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem )

Ja …………………………………………………………………………. zobowiązuję się do

(nazwisko i imię opiekuna)

zapewnienia opieki ……………………………………………………………………………....

(nazwisko i imię uczestnika turnusu)

w turnusie rehabilitacyjnym.

Zgodnie z § 4 ust. 2 pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15.11.2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych oświadczam, że jako opiekun osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym: 1. nie będę pełnić funkcji członka kadry na tym turnusie. 2. nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby. 3. ukończyłam/em 18 lat, lub 4. ukończyłam/em 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

Jednocześnie oświadczam, że w roku bieżącym nie korzystam z dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych jako uczestnik turnusu rehabilitacyjnego.

………………………............ ……………………………………………………....

(data) (czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)