

.....  
Data wpływu wniosku do PCPR

BON.....

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**  
**do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

(wniosek należy wypełnić czytelnie, niebieskim długopisem)

**DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ WNIOSEK DOTYCZY:**

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania*	
Data urodzenia	
Pesel	
Telefon	
Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym	

**DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (WYPEŁNIĆ, JEŚLI WNIOSEK DOTYCZY OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ LUB UBEZWŁASNOWOLNIONEJ), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA:**

Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania*	
Data urodzenia	
Pesel	
Telefon	

**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 i niezdolności do samodzielnej egzystencji
- d)  o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia.

BON.....

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**

JESTEM ZATRUDNIONY/A (dotyczy osób pomiędzy 16 a 24 rokiem życia)\*\*  **Tak**  **Nie**

JESTEM UCZNIEM/STUDENTEM (dotyczy osób pomiędzy 16 a 24 rokiem życia)  **Tak**  **Nie**

IMIĘ i NAZWISKO OPIEKUNA .....  
(wypełnić , jeśli lekarz uznał pobyt opiekuna)

.....

Data

.....

Czytelny podpis wnioskodawcy

---

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* właściwe zaznaczyć

## OŚWIADCZENIA

**Liczba osób pozostających ze mną w gospodarstwie domowym:**

.....

Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód netto**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym**, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku **wynosi:**

..... zł

**słownie:**.....

- Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- Oświadczam, że nie byłam/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
- Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i §6 k.k. w zw. z art. 75 §2 i art. 83§3 k.p.a. ( Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą.
- **O zaistniałych zmianach po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od zaistnienia zmiany.**

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy

(osoby niepełnosprawnej lub jej

Pełnomocnika, przedstawiciela

ustawowego, opiekuna prawnego)

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Informuję, że:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wrześni, ul. Wojska Polskiego 1, 62-300 Września**, zwanym dalej Administratorem; Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych,
- 2) kontakt do inspektora danych osobowych: e-mail: [inspektor@osdidk.pl](mailto:inspektor@osdidk.pl),
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań i nie będą udostępniane innym odbiorcom,
- 4) Administrator danych osobowych, przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.
- 5) podanie danych jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest zawarcie umowy,

- 6) posiada Pani/Pan prawo do:
- żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
  - wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
  - przenoszenia danych,
  - wniesienia skargi do organu nadzorczego,
  - cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.
- 7) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu,
- 8) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

### ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wrześni, ul. Wojska Polskiego 1, 62-300 Września** w celu uzyskania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....

czytelny podpis wnioskodawcy  
(osoby niepełnosprawnej lub jej  
Pełnomocnika, przedstawiciela  
ustawowego, opiekuna prawnego)

Wypełnia PCPR

.....

**Data wpływu wniosku do PCPR**

.....

**Pieczęć PCPR i podpis pracownika**

.....

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

**WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY**

IMIĘ I NAZWISKO .....

PESEL albo nr dowodu tożsamości.....

Adres zamieszkania\* .....

.....

**Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\*\*:**

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

**Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

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

**Uwagi:**

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

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* właściwe zaznaczyć

.....

(data)

.....

(pieczęćka i podpis lekarza )

**KARTA WERYFIKACJI WNIOSKU O DOFINANSOWANIE DO UCZESTNICTWA W  
TURNUSIE REHABILITACYJNYM**

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/ nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnie nia
		<i>(wypełnia pracownik PCPR)</i>		
1.	Wniosek lekarski, wystawiony przez lekarza specjalistę lub rodzinnego, które zawiera informację o rodzaju schorzenia oraz informację o konieczności pobytu opiekuna na turnusie.			
2.	Oświadczenie o dochodach (we wniosku).			
3.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności.			
4.	Kopia pełnomocnictwa ustanowienia opiekuna prawnego/pełnomocnika postanowieniem Sądu lub poświadczonego przez notariusza.			
5.	Dokument potwierdzający naukę.			

<b>Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów:</b>	<b>Sprawdzono pod względem merytorycznym</b>

I. Załączniki (dokumenty) wymagane do wniosku :

*(wypełnia się w przypadku otrzymania dofinansowania)*

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono do wniosku tak/ nie	Uzupełniono tak/nie	Data uzupełnie nia
		<i>(wypełnia pracownik PCPR)</i>		
1.	Informacja o wyborze turnusu rehabilitacyjnego			
2.	Oświadczenie organizatora turnusu (wypełnione przez organizatora)			

<b>Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów:</b>	<b>Sprawdzono pod względem merytorycznym</b>

II. Imię i nazwisko wnioskodawcy .....

1. Orzeczenie (rodzaj) .....

2. Ważne do .....

III. Dochód

Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym	
Miesięczny dochód rodziny w przeliczeniu na 1 członka w rodzinie	

IV. Dofinansowanie wyliczone zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki

Spółecznej z dnia 15 listopada 2007 ( Dz. U. z 2007 r., Nr 230, poz. 1694 z późn. zm.)

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

V. Opinia członków zespołu. :

Wniosek zaopiniowany:

pozytywnie

Kwota dofinansowania

Wnioskodawca:.....

Opiekun:.....

negatywnie

.....  
.....

Data i podpisy członków zespołu: