Nr wniosku:
DPiWON.650.……2026

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
Numer orzeczenia:
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 ☐ 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.
** Właściwe zaznaczyć.
*** Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

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.

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: .....

.....

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

Lista załączników do wniosku

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (w przypadku osoby niepełnosprawnej poniżej 16 roku życia kopię orzeczenia o niepełnosprawności) lub kopia wypisu z treści orzeczenia lekarza orzecznika ZUS, lub kopia orzeczenia o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.
2. Oświadczenie Wnioskodawcy, w tym o sytuacji społeczno-zawodowo-mieszkaniowej.
3. Klauzula informacyjna RODO.
4. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny, sporządzony nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą złożenia wniosku.
5. Oświadczenie osoby pełniącej funkcję opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym.
6. Zaświadczenie lub postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego - w przypadku osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny.
7. Pełnomocnictwo notarialne - w przypadku, gdy w imieniu Wnioskodawcy z wnioskiem występuje jego pełnomocnik.
8. Zaświadczenie ze szkoły lub z uczelni w przypadku młodzieży uczącej się i niepracującej w wieku 16-24 lat.
9. Informacja o wyborze turnusu rehabilitacyjnego.

…….. ……..

(Imię i nazwisko Wnioskodawcy lub opiekuna prawnego)

(Miejscowość, data)

……

(adres)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/na świadomy/ma odpowiedzialności karnej, grożącej mi za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą na podstawie art. 233 Kodeksu Karnego, oświadczam, że:

1. Nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.*
2. Będę uczestniczył/ła w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybiorę.
3. Nie będę pełnił/ła funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.*
4. W przypadku turnusu, którego program przewiduje także zabiegi fizjoterapeutyczne, przedstawię podczas pierwszego badania lekarskiego na turnusie zaświadczenie lekarskie o aktualnym stanie zdrowia, w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach.*
5. Moim opiekunem/ opiekunem mojego dziecka * na turnusie będzie:

   ……..

   (imię i nazwisko opiekuna)
6. Wyżej wymieniony opiekun:

- nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
- nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- ukończył 18 lat* lub
- ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej*

SYTUACJA SPOŁECZNA/ZAWODOWA/MIESZKANIOWA

Jestem:**

□ zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
□ osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiuję,
□ bezrobotny poszukujący pracy/rencista poszukujący pracy
□ rencista/emeryt, nie zainteresowany podjęciem pracy
□ dziecko i młodzież do 18 lat

Zamieszkuję:**

□ samotnie □ z rodziną □ z osobami niespokrewnionymi

Zaspakajanie codziennych życiowych potrzeb:**

□ samodzielnie □ z pomocą osoby drugiej

* niewłaściwe skreślić, *właściwe zaznaczyć

<u>Przyjmuję do wiadomości!</u> że złożony przeze mnie wniosek na dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym zostanie rozpatrzony po przyjęciu przez Radę Powiatu w Jarosławiu uchwały w sprawie określenia zadań z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz wysokości środków PFRON przeznaczonych na poszczególne zadania. O dalszym toku postępowania poinformujemy odrębnym pismem. Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.

…….. ……..

(czytelny podpis Wnioskodawcy lub opiekuna prawnego) *(podpis pracownika socjalnego)*

Klauzula informacyjna dla klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Jarosławiu dotycząca realizacji obowiązków wynikających z przepisów prawa.

Zgodnie z dyspozycją art. 13 Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. UE. Z 2016 r. L119, poz. 1)

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jarosławiu informuje, że:

1. Administratorami Pani/Pana danych osobowych jest:

1) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Jana Pawła II 17 w Jarosławiu (37-500), tel.: (16) 624 62 85, adres e-mail: sekretariat@pcpr-jaroslaw.pl. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem siedziby Administratora, jak również pod numerem telefonu (16) 624 62 27 oraz adresem poczty elektronicznej: iod @ powiat.jaroslaw.pl
2) Pani/Pana dane osobowe będą/są przetwarzane na podstawie obowiązku wynikającego z art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w związku z art. 35 a ust 1 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w celu rozpatrzenia i realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków finansowych PFRON.

Dane osobowe przetwarzane będą/są w ściśle określonym, minimalnym zakresie niezbędnym do osiągnięcia celu, o którym mowa powyżej.

2. Przetwarzane przez Administratora Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celu dla jakiego zostały zebrane oraz zgodnie z terminami archiwizacji określonymi przez ustawy (ustawy szczególne), ustawę z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym archiwach oraz Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych nie dłużej niż 10 lat.
3. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych na podstawie przepisów prawa. Państwowy Fundusz Rehabilitacyjny Osób Niepełnosprawnych z siedzibą przy al. Jana Pawła II 13 w Warszawie (00-828) w zakresie monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji zadań rehabilitacji społecznej i zawodowej wykonywanych praz PCPR, na które przeznacza się środki finansowe PFRON, a także do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.
6. Podawanie danych osobowych w zakresie wymaganym obowiązującymi przepisami prawa jest obligatoryjne.

…… ……..

(miejscowość, data) *(podpis)*

……
Pieczęć zakładu Opieki Zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARSKI NA TURNUS REHABILITACYJNY

Nazwisko i Imię .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkana* .....

.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji * *

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie **

☐ NIE
☐ TAK-uzasadnienie .....
.....
.....
.....
.....

Uwagi: .....

.....

.....

.....

.....

....
Data Podpis i pieczątka lekarza

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.
** Właściwe zaznaczyć.

OŚWIADCZENIE OSOBY PEŁNIĄCEJ FUNKCJĘ OPIEKUNA

NA TURNUSIE REHABILITACYJNYM

(wypełnić w przypadku gdy lekarz zalecił konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym osobie niepełnosprawnej)

Imię i nazwisko opiekuna:.....

Adres zamieszkania:.....

Oświadczam, że jako opiekun osoby niepełnosprawnej .....
(imię i nazwisko 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. Nie jestem osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub równoważne.
4. Ukończyłem/am 18 lat.
5. Ukończyłem/am 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

W przypadku zmiany opiekuna osoby niepełnosprawnej wnioskodawca zobowiązany jest do poinformowania Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Jarosławiu na min. 30 dni przed wyjazdem na turnus rehabilitacyjny.

Klauzula informacyjna dla klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Jarosławiu dotycząca realizacji obowiązków wynikających z przepisów prawa.

Zgodnie z dyspozycją art. 13 Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. UE. Z 2016 r. L119, poz. 1)

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Jarosławiu informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:

1) Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ul. Jana Pawła II 17 w Jarosławiu (37- 500), tel.: (16) 624 62 85, adres e-mail: sekretariat@pcpr-jaroslaw.pl. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem siedziby Administratora, jak również pod numerem telefonu (16) 624 62 27 oraz adresem poczty elektronicznej: iod @ powiat.jaroslaw.pl

2) Pani/Pana dane osobowe będą/są przetwarzane na podstawie obowiązku wynikającego z art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w związku z art. 35a ust 1 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, w celu rozpatrzenia i realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków finansowych PFRON.
Dane osobowe przetwarzane będą/są w ściśle określonym, minimalnym zakresie niezbędnym do osiągnięcia celu, o którym mowa powyżej.

2. Przetwarzane przez Administratora Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji celu dla jakiego zostały zebrane oraz zgodnie z terminami archiwizacji określonymi przez ustawy (ustawy szczególne), ustawę z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych nie dłużej niż 10 lat.

3. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

4. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych na podstawie przepisów prawa.

Państwowy Fundusz Rehabilitacyjny Osób Niepełnosprawnych z siedzibą przy al. Jana Pawła II 13 w Warszawie (00-828) w zakresie monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji zadań rehabilitacji społecznej i zawodowej wykonywanych przez PCPR, na które przeznacza się środki finansowe PFRON, a także do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.

6. Podawanie danych osobowych w zakresie wymaganym obowiązującymi przepisami prawa jest obligatoryjne.

…… ……..

(miejscowość, data) *(podpis opiekuna osoby z niepełnosprawnością)*

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO
(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej
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 społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników. Dokonam wyboru ośrodka i organizatora turnusu posiadającego odpowiednio wpis do rejestru ośrodków i organizatorów turnusów obejmujących okres trwania turnusu (adres strony internetowej to *https://empatia.mpips.gov.pl*).

....
(data) *(czytelny podpis Wnioskodawcy)*

---

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu