



Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  
w Łomży

ul Szosa Zambrowska 1/27, 18 – 400 Łomża  
tel. ( 086 ) 215 – 69 – 42

PCPR.. ..... 2024

numer kolejny wniosku

.....  
(data wpływu kompletnego wniosku (dzień, miesiąc, rok))

**WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU  
REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNY**

<b>Imię i nazwisko os. niepełnosprawnej</b>			
PESEL			
Adres zamieszkania <sup>1</sup>			
Data urodzenia	wiek	Tel.	
Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym			
<b>Imię i nazwisko rodzica /opiekuna prawnego</b>			
Postanowienie Sądu nr:		Z dnia:	
Adres zamieszkania rodzica / opiekuna prawnego			
PESEL rodzica / opiekuna prawnego			
Data urodzenia		Tel.	

<b>POSIADANE ORZECZENIE<sup>2</sup>:</b>		
o stopieniu <b>znacznym</b> I grupa o całkowitej niezdolności do pracy / o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym / i niezdolności do samodzielnej egzystencji	o stopieniu <b>umiarkowanym</b> II grupa o całkowitej niezdolności do pracy	o stopieniu <b>lekkim</b> III grupa o częściowej niezdolności do pracy / o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia		<input type="checkbox"/>
<b>Korzystałem/am z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON<sup>2</sup>:</b>		
TAK (podać rok) ..... <input type="checkbox"/>		NIE <input type="checkbox"/>
Jestem zatrudniony(a) w zakładzie pracy chronionej <sup>2</sup> TAK <input type="checkbox"/>		NIE <input type="checkbox"/>
Imię i nazwisko opiekuna: .....		
<i>( wypełnić jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem )</i>		

**objaśnienia:**

<sup>1</sup> w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

<sup>2</sup> właściwe zaznaczyć (wstawić X)

## OŚWIADCZENIE

Wnioskodawcy o dochodach do wniosku o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, ze środków PFRON.

Ja niżej podpisany(a) .....

zamieszkały (a).....

niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku,

wyniósł.....zł

liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.....

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań zgodnie z art. 233 § 1 ustawy Kodeks Karny prawdziwość danych zawartych we wniosku stwierdzam własnoręcznym podpisem.**

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia (dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne).

Oświadczam, że będę uczestniczył/a/ w zajęciach przewidzianych w programie turnusu.

Oświadczam, że nie będę pełnił/a/ funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika turnusu.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadania w ramach niniejszego wniosku.

.....  
Miejscowość i data

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

### **DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:**

1. wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny,
2. kopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności / grupie inwalidzkiej / niezdolności do pracy / lub niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym (orzeczenia KRUS wydane wyłącznie przed 1 stycznia 1998 r.)
3. kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności – osoby do 16 roku życia
4. zaświadczenie o kontynuowaniu nauki – osoby niepracujące od 16 do 24 roku życia
5. oświadczenie o dochodach za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, dotyczące wszystkich członków rodziny (dokumenty do wglądu).

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA TURNUSU

W związku ze złożonym przeze mnie wnioskiem o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym oświadczam, że:

1. w roku bieżącym nie uzyskałem dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON;
2. dokonam wyboru turnusu który odbędzie się w ośrodku, który jest wpisany do rejestru ośrodków prowadzonego przez wojewodę;
3. wybiorę organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusów
4. nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie, ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu;
5. w przypadku turnusu, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne zobowiązuję się do przedstawienia podczas pierwszego badania lekarskiego na turnusie zaświadczenia lekarskiego o aktualnym stanie zdrowia, w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach.
6. będę uczestniczył/a w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybrałam/łem,
7. nie posiadam zobowiązań wobec PFRON
8. w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłem stroną umowy zawartej z PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie
9. mój opiekun będzie spełniał warunki określone w § 4 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230 poz. 1694 z późn. zm.)

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy

## OŚWIADCZENIE OPIEKUNA

W związku z funkcją opiekuna, jaką będę pełnił na turnusie wobec os. niepełnosprawnej

oświadczam, że:

1. nie będę /wskazany przez mnie opiekun nie będzie/ pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie;
2. nie jestem /wskazany przez mnie opiekun nie jest/ osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby;
3. wskazany opiekun ukończył 18 lat \* lub wskazany opiekun ukończył 16 lat \* i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.\*
4. oświadczam iż funkcję opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym dofinansowanym ze środków PFRON mojego dziecka/ podopiecznego.....

będę pełnił osobiście\*.

będzie pełnił\* : .....

.....  
czytelny podpis opiekuna prawnego oraz osoby pełniącej funkcję opiekuna na turnusie

\* właściwe zaznaczyć

## **Klauzula informacyjna o zasadach przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Łomży w związku z przyznaniem dofinansowania ze środków PFRON**

Na podstawie 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 (Dz. Urz. UE, L 119 z 04.05.2016 r.), zwanego dalej Rozporządzeniem,

informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łomży reprezentowane przez Dyrektora, z siedzibą w Łomży pod adresem: ul. Szosa Zambrowska 1/27, 18 – 400 Łomża, tel. 86 215 69 42, e-mail: [pcprlomza@powiatlomzynski.pl](mailto:pcprlomza@powiatlomzynski.pl), zwane dalej Administratorem.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować pod adresem e-mail: [mkozikowski@powiatlomzynski.pl](mailto:mkozikowski@powiatlomzynski.pl).
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w związku z realizowaniem zadań ustawowych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łomży, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b Rozporządzenia, a następnie dla wypełnienia obowiązku archiwizacji dokumentów wynikającego z ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
4. W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym powyżej, Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych. Odbiorcami Pani/Pana danych mogą być:
  - 1) inne podmioty upoważnione do odbioru Pani/Pana danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa;
  - 2) inne podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające).
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego w ust. 3 celu przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.
6. Posiada Pani/Pan prawo do:
  - 1) żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także przenoszenia danych,
  - 2) wniesienia skargi do organu nadzorczego: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 – 193 Warszawa, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia.
7. W przypadku, w którym przetwarzanie Pani/Pana danych odbywa się na podstawie zgody (tj. art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia), przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym niezbędnym do udzielenia wsparcia przez Administratora; podanie swoich danych osobowych jest obowiązkowe, a w przypadku niepodania danych niemożliwe jest uzyskanie wsparcia.
9. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

.....  
data

.....  
czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,  
opiekuna prawnego, pełnomocnika

.....  
data

.....  
czytelny podpis osoby która będzie pełniła na turnusie rolę opiekuna Wnioskodawcy

## Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres (miejsce pobytu\*) .....

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

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu  | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku        |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe    | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna         | <input type="checkbox"/> schorzenia układu pokarmowego    |
| <input type="checkbox"/> cukrzyca                 | <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia | <input type="checkbox"/> schorzenia układu oddechowego    |
| <input type="checkbox"/> choroby neurologiczne    | <input type="checkbox"/> epilepsja                  | <input type="checkbox"/> choroby układu moczowo-płciowego |
| <input type="checkbox"/> inne ( jakie? )          |   |   |

.....

### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:\*\*

- Nie  
 Tak – uzasadnienie:

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

### Zalecenia ( wskazania i przeciwwskazania ):

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

### Uzasadnienie wniosku:

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

.....  
data

.....  
Pieczęć i podpis lekarza

\* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

\*\* właściwe zaznaczyć

## INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres ( miejsce pobytu\* )

.....

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

.....

.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje

.....

.....

.....

Uczulenia .....

.....

Przyjmowane leki ( nazwa i dawkowanie ), zaopatrzenie ortopedyczne

.....

.....

.....

Odchylenie w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych

.....

.....

.....

Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16 roku życia

.....

.....

.....

Szczepienia ochronne ( daty ) – dotyczy osób do 16 roku życia

.....

.....

.....  
Data

.....  
Pieczęć i podpis lekarza

Informacja o stanie zdrowia jest ważna 3 miesiące od daty wystawienia przez lekarza.

\* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

## 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 ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....

(data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.