

## **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.....nr tel. ....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym .....

### **POSIADANE ORZECZENIE\*\*:**

a) o stopniu niepełnosprawności:     *znaczny*             *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 turnusu rehabilitacyjnego 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 średni miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, **wyniósł** .....

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.\*\*\*

Ponadto wyrażam zgodę na podanie mojego numeru telefonu w celu ułatwienia kontaktowania się ze mną w sytuacjach, gdy jest to niezbędne. Podanie numeru telefonu jest świadomie wyrażoną i dobrowolną zgodą.

.....  
(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)

I. Osoba niepełnosprawna spełnia kryterium dochodowe dot. możliwości ubiegania się o dofinansowanie ze środków PFRON zgodnie z:

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. art.10e, ust 1, pkt.1 ustawy <sup>1</sup>  | <input type="checkbox"/> |
| 2. art.10e, ust 1, pkt.2 ustawy               | <input type="checkbox"/> |
| 3. wyłączenie wg art.10e, ust 1, pkt.3 ustawy | <input type="checkbox"/> |
| 4. nie spełnia kryterium dochodowego          | <input type="checkbox"/> |

II. Wysokość przeciętnego wynagrodzenia wg art.2 ust 4. ustawy na dzień rozpatrzenia wniosku wynosi ..... zł.

III. Wysokość dofinansowania określono zgodnie z § 6, ust.1 Rozporządzenia <sup>2</sup>

- |   |                          |                 |     |
|---|--------------------------|-----------------|-----|
| 1. pkt.1 tj. 30% przeciętnego wynagrodzenia | <input type="checkbox"/> | w kwocie: ..... | zł. |
| 2. pkt.2 tj. 27% przeciętnego wynagrodzenia | <input type="checkbox"/> | w kwocie: ..... | zł. |
| 3. pkt.3 tj. 25% przeciętnego wynagrodzenia | <input type="checkbox"/> | w kwocie: ..... | zł. |
| 4. pkt.4 tj. 20% przeciętnego wynagrodzenia | <input type="checkbox"/> | w kwocie: ..... | zł. |
| 5. pkt.5 tj. 20% przeciętnego wynagrodzenia | <input type="checkbox"/> | w kwocie: ..... | zł. |

IV. Obniżenie wysokości dofinansowania wg § 6, ust 3 nw. Rozporządzenia NIE / TAK ..... %

V. Ostateczna kwota ustalonego dofinansowania:

- |                          |                      |    |              |
|--------------------------|----------------------|----|--------------|
| 1. OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA | <input type="text"/> | zł | słownie..... |
| 2. OPIEKUN.....          | <input type="text"/> | zł | słownie..... |

Stwierdzam, że wniosek jest kompletny i wraz z załącznikami spełnia kryteria zgodności z aktualnymi w dniu jego rozpatrzenia aktami prawnymi i przepisami szczegółowymi w zakresie warunków, jakie powinny spełniać osoby niepełnosprawne ubiegające się o dofinansowanie ze środków PFRON do uczestnictwa w turnusie, trybu składania i rozpatrywania wniosku o dofinansowanie oraz sposobu ustalenia wysokości kwoty dofinansowania.

.....  
Data i podpis pracownika PCPR

Po analizie wniosku, zgodnie z obowiązującymi procedurami dofinansowania,  
**Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach**  
**przyznaje / nie przyznaje** dofinansowanie do turnusu  
rehabilitacyjnego w 202... roku

dla uczestnika, tj. .... w wysokości.....zł,  
i jego opiekuna, tj. .... w wysokości.....zł

.....  
(Data)

.....  
(Pieczęć PCPR)

.....  
(Pieczęć i podpis Dyrektora PCPR)

<sup>1</sup> Ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 426 z późn. zm.).

<sup>2</sup> Rozporządzenie MGPIPS z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. nr 230, poz. 1694 z późn. zm.).

.....  
Data

.....  
Nazwisko i imię

.....  
Adres

.....  
Adres

## OŚWIADCZENIE OPIEKUNA WNIOSKODAWCY

W oparciu o §4 ust.2 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 roku w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. nr 230, poz.1694 z późn. zm.) oświadczam, że nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby oraz nie będę pełnić funkcji członka kadry na tym turnusie rehabilitacyjnym.

Oświadczam również, że mam ukończone 18 lat / mam ukończone 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej<sup>3</sup>.

.....  
Podpis opiekuna wnioskodawcy

**Klauzula informacyjna:** Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 *ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych* z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, że: **Administratorem** Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach, z siedzibą w Krapkowicach, ul. Kilińskiego 1. **Inspektorem ochrony danych osobowych** w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach jest Grzegorz Cegłowski, tel. 77 44 67 120, e-mail: [g.ceglowski@powiatkrapkowicki.pl](mailto:g.ceglowski@powiatkrapkowicki.pl). **Odbiorcą danych osobowych** jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach oraz organy właściwe określone ustawami. Dane osobowe będą przetwarzane w celu wykonywania zadań na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a,b,c,e rozporządzenia oraz innych przepisów prawa, które zobowiązują i wskazują na konieczność przetwarzania danych. Dane osobowe będą przekazywane do innego państwa wyłącznie w przypadkach, kiedy wymaga tego prowadzone postępowanie. Dane osobowe będą przechowywane przez okres określony w Jednolitym Rzeczym Wykazie Akt Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach stanowiącym załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 8/2016 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach z dnia 30 Listopada 2016r. **Posiada Pani/Pan prawo** dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawienia. Ma **Pani/Pan prawo wniesienia** skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych (UODO), w przypadku, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy *ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych* z dnia 27 kwietnia 2016 r. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym lub warunkiem zawarcia umowy.

<sup>3</sup> Niepotrzebne skreślić

.....  
Data

.....  
Nazwisko i imię

.....  
Adres

.....  
Adres

## OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

W oparciu o §4 ust.1 pkt 6 Rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 roku w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. nr 230,poz.1694 z późn. zm.) oświadczam, że nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie rehabilitacyjnym oraz nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.

.....  
Podpis Wnioskodawcy

**Klauzula informacyjna:** Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 *ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych* z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, że: **Administratorem** Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach, z siedzibą w Krapkowicach, ul. Kilińskiego 1. **Inspektorem ochrony danych osobowych** w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach jest Grzegorz Ceglowski, tel. 77 44 67 120, e-mail: [g.ceglowski@powiatkrapkowicki.pl](mailto:g.ceglowski@powiatkrapkowicki.pl). **Odbiorcą danych osobowych** jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach oraz organy właściwe określone ustawami. Dane osobowe będą przetwarzane w celu wykonywania zadań na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a,b,c,e rozporządzenia oraz innych przepisów prawa, które zobowiązują i wskazują na konieczność przetwarzania danych. Dane osobowe będą przekazywane do innego państwa wyłącznie w przypadkach, kiedy wymaga tego prowadzone postępowanie. Dane osobowe będą przechowywane przez okres określony w Jednolitym Rzeczkowym Wykazie Akt Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach stanowiącym załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 8/2016 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Krapkowicach z dnia 30 Listopada 2016r. **Posiada Pani/Pan prawo dostępu** do treści swoich danych osobowych i ich poprawienia. **Ma Pani/Pan prawo** wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych (UODO), w przypadku, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy *ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych* z dnia 27 kwietnia 2016 r. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym lub warunkiem zawarcia umowy.

.....  
(Pieczęć 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"/> dysfunkcja narząd słuchu  |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> epilepsja                 |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku                  | <input type="checkbox"/> padaczka                  |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna                         | <input type="checkbox"/> schorzenia układ krążenia |
| <input type="checkbox"/> inne (jakie?).....                         |  |

#### **Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

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

#### **Uwagi:**

.....

.....

.....

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* Właściwe zaznaczyć

.....  
data

.....  
podpis i pieczęć lekarza