

**Wniosek o przyznanie dofinansowania  
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 .....

(miejsce pobytu\*).....

Telefon.....

Data urodzenia .....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym .....

**POSIADANE ORZECZENIE\*\***

- a) o stopniu niepełnosprawności       Znacznym     Umiarkowanym     Lekki
- b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów       I                       II                       III
- c)  o całkowitej niezdolności do pracy/     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 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 zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, 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.

.....  
 data

.....  
**czytelny** podpis Wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/  
 opiekuna prawnego / pełnomocnika

\* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

\*\* Właściwe zaznaczyć

**Wypełnia PCPR**

.....  
 Data wpływu wniosku do PCPR

.....  
 Pieczęć PCPR i podpis pracownika

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY (dla małoletniego wnioskodawcy),  
opiekun prawny lub pełnomocnik**

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....tel:.....

Adres zamieszkania .....

.....

ustanowiony opiekunem prawnym postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia.....  
sygn. akt.....

lub

ustanowiony pełnomocnikiem na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza  
z dnia ..... repet. nr .....

.....  
data

.....  
**czytelny** podpis przedstawiciela ustawowego/  
opiekuna prawnego / pełnomocnika

---

**UWAGA!** wypełnia Opiekun

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

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

Ja niżej podpisany/na .....

Zamieszkały/ła .....

Będę pełnić funkcję opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym dla:

.....

Zgodnie z § 4 ust. 2 pkt. 2 Rozporządzenia MPiPS 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. Ukończyłem(łam) 18 lat / lub ukończyłem(łam) 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

.....  
**czytelny podpis Opiekuna**

## OŚWIADCZENIE

### Wnioskodawcy o dochodach we wspólnym gospodarstwie domowym

Imię i nazwisko Wnioskodawcy .....

Adres zamieszkania .....

**Oświadczam**, iż moje wspólne gospodarstwo domowe, tworzą następujące osoby:

Lp.	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Rok urodzenia	Dochód *miesięczny / netto /	
			Rodzaj dochodu** lub liczba hektarów przeliczeniowych	wysokość
1.	<b>W N I O S K O D A W C A</b>			
2.	<b>UWAGA!</b> Nie należy wpisywać imion i nazwisk osób, z którymi prowadzi się wspólne gospodarstwo domowe. Należy podać tylko ich rok urodzenia, stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą i dochód miesięczny.			
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
Ja bądź moi członkowie rodziny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym posiadają gospodarstwo rolne <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK				
<b>Łączny przeciętny miesięczny dochód rodziny /netto/:</b>				

Oświadczam, że ja bądź moi członkowie rodziny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym:

- 1) pobierają świadczenia z ośrodka pomocy społecznej  NIE  TAK (jakie?).....  
.....  
.....

Oświadczam, że w **kwartale poprzedzającym** miesiąc, w którym składany jest wniosek **przeciętny miesięczny dochód\*\*\*** przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym

wyniósł:  złotych.

**Uprowadzona/y od odpowiedzialności wynikającej z art. 233 Ustawy z dnia 06.06.1997 r. Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminują wniosek z dalszego rozpatrywania.**

.....  
data

.....  
**czytelny podpis Wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/  
opiekuna prawnego / pełnomocnika**

\* Jest to średni miesięczny dochód z kwartału poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składką z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób.

\*\* Np.: praca, działalność gospodarcza, gospodarstwo rolne, renta, emerytura, itp., lub uczeń, student, brak dochodu.

\*\*\* Dochód łączny należy podzielić przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

**UWAGA!** Świadczenie pielęgnacyjne, zasiłek pielęgnacyjny, rodzinny i wychowawczy nie jest dochodem w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych.

.....  
Imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....  
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;

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

### Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na rok bieżący przez Radę Powiatu Mińskiego.
2. Do wniosku należy dołączyć:
  - a. kopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoznacznego (orzeczenie o przyznanej grupie inwalidzkiej, orzeczenia o niezdolności do pracy) lub w przypadku dzieci do lat 16 kopia orzeczenia o niepełnosprawności,
  - b. zaświadczenie o kontynuowaniu nauki szkolnej – dotyczy dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w wieku 16 - 24 lat uczącej się i niepracującej,
  - c. kopię dokumentu potwierdzającego prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej (np. jako: opiekun prawny, pełnomocnik).

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



Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

### Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania.....

(miejsce pobytu\*).....

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu                   | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim |  |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku                  | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe     |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna                         | <input type="checkbox"/> padaczka                  |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia                 | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....       |

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

- Nie
- Tak - uzasadnienie .....

#### Uwagi:

.....

.....

.....

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

\*\* Właściwe zaznaczyć

#### UWAGA!

Zgodnie z § 4.2 Rozporządzenia MPiPS z dnia 15 listopada 2007r. W sprawie turnusów rehabilitacyjnych „Osobie niepełnosprawnej o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo równoważnym albo osobie niepełnosprawnej do 16 lat może być przyznane dofinansowanie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym jej opiekuna, pod warunkiem, że wniosek lekarza zawiera wyraźne wskazanie wraz z uzasadnieniem konieczności pobytu opiekuna

.....  
Oznaczenie Administratora

.....  
Miejscowość, dnia

### **KLAUZULA informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych**

**Pani/Pana** .....  
(wnioskodawca/ strona/ przedstawiciel ustawowy/ opiekun prawny/ pełnomocnik\*)

w sprawie o dofinansowanie dla .....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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, zwane dalej także RODO) informuję, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy\* danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mińsku Mazowieckim, ul. Konstytucji 3-go Maja 16, 05-300 Mińsk Mazowiecki.
- 2) Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: [renata@pcpr-minskmaz.pl](mailto:renata@pcpr-minskmaz.pl)
- 3) Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy \* dane osobowe przetwarzane będą w celu związanym z postępowaniem w sprawie ubiegania się o dofinansowanie z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, b, c, e RODO.
- 4) Odbiorcą Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy\* danych osobowych są organy lub podmioty upoważnione z mocy prawa do przetwarzania danych.
- 5) Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy\* dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 6) Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy\* dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia 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.
- 7) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz danych dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy\* oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, co do danych osobowych, których podanie jest dobrowolne - prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem. Oświadczenie o cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej lub elektronicznej na adres mailowy sekretariat@pcpr-minskmaz.pl.
- 8) Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana oraz dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy\* narusza przepisy RODO.
- 9) Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest:
  - warunkiem realizacji zadań przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mińsku Mazowieckim i wynika z przepisów prawa,
  - dobrowolne, jednak niezbędne do załatwienia sprawy w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Mińsku Mazowieckim.

Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie niemożność realizacji zadań ustawowych lub niemożność uzyskania wsparcia oferowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mińsku Mazowieckim.

Zapoznałam/em się w informacjami i pouczeniem zawartymi w niniejszej klauzuli. Przedmiotowe informacje są dla mnie zrozumiałe.

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz dziecka/ podopiecznego/ mocodawcy\* przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Mińsku Mazowieckim w celu realizacji obowiązków związanych z prowadzeniem postępowania w sprawie dofinansowania z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.**

Data i podpis .....

\* niepotrzebne skreślić