

**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

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 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 .....

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.

## 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 (z nr kier.).....

Adres e-mail.....

Data urodzenia: .....

ustanowiony przedstawicielem\* / opiekunem\* / pełnomocnikiem\*: .....

.....

postanowieniem Sądu Rejonowego: .....

.....

z dn. .... sygn. Akt\*: .....

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza\*: .....

.....

z dn. .... repet. nr .....

.....

.....

data

podpis przedstawiciela ustawowego\*

opiekuna prawnego\* pełnomocnika\*

\* niepotrzebne skreślić

**OŚWIADCZENIE**  
**Informacje uzupełniające do wniosku**

Dane kontaktowe osoby niepełnosprawnej

Numer telefonu (z nr kier.).....

Adres e-mail.....

**Zapoznałem/am się z zasadami realizacji wnioskowanego zadania.**

.....

(data)

(czytelny podpis wnioskodawcy)

## OBOWIĄZEK INFORMACYJNY RODO

Zgodnie z 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 RODO) informuję, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowie Wielkopolskim z siedzibą w: 63-400 Ostrów Wielkopolski, al. Słowackiego 1 c, tel.: (62) 735 51 52, fax.: (62) 735 02 05, [e-mail: sekretariat@pcprostrow.pl](mailto:sekretariat@pcprostrow.pl), [www.pcpr.powiat-ostrowski.pl](http://www.pcpr.powiat-ostrowski.pl).  
Administratorem Państwa danych osobowych przetwarzanych w systemie informatycznym (SOW) jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie, 00-828 Warszawa, Aleja Jana Pawła II, tel.: (22) 50 55 500, [e-mail:sow@pfron.org.pl](mailto:sow@pfron.org.pl).
2. Administrator danych powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Ostrowie Wielkopolskim, tel.: (62) 735 51 52, fax.: (62)735 02 05  
[e-mail: sekretariat@pcprostrow.pl](mailto:sekretariat@pcprostrow.pl).
3. Cel przetwarzania danych osobowych:
  - o dane osobowe są gromadzone i przetwarzane w celu realizacji, na rzecz osób niepełnosprawnych, obowiązków Administratora Danych w związku z załatwianą sprawą, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) i b) oraz art. 9 ust. 2 lit. b) rozporządzenia RODO, co oznacza, że przetwarzanie danych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze,
  - o w celach archiwalnych.
4. Dane osobowe będą usuwane w terminach wskazanych w Rozporządzeniu 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 lub innych przepisach prawa, regulujących czas przetwarzania danych, którym podlega Administrator Danych.
5. Dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym je na zlecenie Administratora Danych (np.: podmiotom serwisującym systemy informatyczne i aplikacje, w których przetwarzane są dane osobowe), instytucjom uprawnionym do ich uzyskania na podstawie obowiązującego prawa (np.: organom administracji, sądom,) oraz innym podmiotom, w zakresie, w jakim są one uprawnione do ich otrzymywania na podstawie przepisów prawa
6. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, co oznacza, że nie ma Pani/Pan ani ustawowego ani umownego obowiązku podania tych danych. Jednakże w sytuacji, gdy nie podadzą nam Państwo tych danych, realizacja zadania nie będzie możliwa.
7. Osoba, której dane są przetwarzane, w granicach określonych Rozporządzeniem RODO, ma prawo do:
  - o żądania od Administratora Danych dostępu do swoich danych osobowych,
  - o sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, a także przenoszenia danych,
  - o wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....  
Data

.....  
czytelny podpis Wnioskodawcy

<b>ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU</b>	
<b>Lp.</b>	
<b>1.</b>	Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny
<b>2.</b>	Kserokopia aktualnego, uprawomocnionego orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności
<b>3.</b>	Dzieci i młodzież ucząca się i niepracująca w wieku od 16 do 24 lat, przedkłada zaświadczenie o pobieraniu nauki
<b>4.</b>	W przypadku ubezwłasnowolnienia wnioskodawcy, kserokopia zaświadczenia sądowego ustanawiającego opiekuna prawnego
<b>5.</b>	W przypadku Pełnomocnictwa Notarialnego – kserokopia dokumentu
<b>6.</b>	Oświadczenie Wnioskodawcy według wzoru określonego w załączniku nr 2
<b>7.</b>	Obowiązek informacyjny według załącznika nr 3
<b>8.</b>	Pełnomocnictwo zwykłe

Wniosek wraz z załącznikami  
przyjęłam/em

Potwierdzam kompletność wniosku

.....  
data, pieczętka i podpis pracownika DRON

.....  
data, pieczętka i podpis pracownika DRON

.....  
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 \*\*

dysfunkcja narządu ruchu  upośledzenie umysłowe

osoba poruszająca się na wozku inwalidzkim  choroba psychiczna

dysfunkcja narządu wzroku  padaczka

dysfunkcja narządu słuchu  inne (jakie?) .....

schorzenia układu krążenia .....

### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

NIE

TAK – uzasadnienie .....

.....

.....

.....

.....

UWAGI .....

.....

.....

.....

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* Właściwie zaznaczyć

## PEŁNOMOCNICTWO

### Dane osoby, która udziela pełnomocnictwa:

Imię/imiona.....Nazwisko.....

PESEL.....

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)

.....

Adres do korespondencji.....

Numer telefonu.....Numer e-mail.....

### Oświadczenie o udzieleniu pełnomocnictwa:

Niniejszym udzielam pełnomocnictwa Pani/Panu:

Imię/imiona.....Nazwisko.....

PESEL.....

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)

.....

Adres do korespondencji.....

Numer telefonu.....Numer e-mail.....

Pełnomocnictwo obejmuje upoważnienie do dokonywania na rzecz mocodawcy wszystkich czynności związanych z wnioskiem o dofinansowanie złożonym w systemie SOW/w formie papierowej, a w szczególności do podpisania, poprawiania i uzupełniania wniosku o dofinansowanie w systemie SOW/ w formie papierowej, udzielania wyjaśnień i informacji potrzebnych w trakcie rozpatrywania wniosku o dofinansowanie, zawarcia i rozliczenia umowy o dofinansowanie oraz wszelkich działań związanych z realizacją zobowiązań wynikających z umowy dofinansowania zawartej na podstawie wniosku o dofinansowanie. Dla realizacji ww. celów stanowiących przedmiot pełnomocnictwa, niniejsze pełnomocnictwo upoważnia do posługiwania się jego skanem w sieci informatycznej systemu SOW, jak również do okazania/przesłania na wezwanie wersji papierowej oryginału niniejszego pełnomocnictwa lub prawidłowo poświadczonego odpisu pełnomocnictwa.

Pełnomocnictwa udziela się na czas niezbędny do realizacji wszystkich ww. czynności związanych ze złożonym w systemie SOW/w formie papierowej wnioskiem o dofinansowanie. Pełnomocnictwo może być odwołane przez mocodawcę w każdym czasie.

Potwierdzam prawdziwość i aktualność danych zawartych w niniejszym pełnomocnictwie. Zmiana treści pełnomocnictwa wymaga wprowadzenia do systemu SOW/złożenia w formie papierowej nowego dokumentu pełnomocnictwa, za wyjątkiem zmian danych adresowo-kontaktowych pełnomocnika, o których pełnomocnik poinformuje za pośrednictwem systemu SOW/w formie papierowej.

.....  
data

.....  
czytelny podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa