



**POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE**

Plac Słowiański 6  
82-200 Malbork  
[www.pcpr.powiat.malbork.pl](http://www.pcpr.powiat.malbork.pl)



Rs.730. .... 2020

Malbork, dnia ..... 2020

**WNIOSEK  
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU  
REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH UCZESTNICTWA  
W TURNUSIE REHABILITACYJNYM**

**I. DANE WNIOSKODAWCY:**

IMIĘ I NAZWISKO	
ADRES ZAMIESZKANIA	
PESEL	
DATA URODZENIA	
TELEFON	

**II. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO, OPIEKUNA PRAWNEGO LUB  
PEŁNOMOCNIKA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ\*  
(wypełnić jeśli wniosek dotyczy osoby niepełnoletniej, ubezwłasnowolnionej lub  
reprezentowanej przez pełnomocnika).**

przedstawiciel ustawowy       opiekun prawny       pełnomocnik

IMIĘ I NAZWISKO	
ADRES ZAMIESZKANIA	
PESEL	
DATA URODZENIA	
TELEFON	

- \*właściwe zaznaczyć

### III. POSIADANE ORZECZENIE\*

Znaczny stopień / I grupa inwalidzka / całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji	
Umiarkowany stopień / II grupa inwalidzka / całkowita niezdolność do pracy	
Lekki stopień / III grupa inwalidzka / częściowa niezdolność do pracy	
Niepełnosprawność osoby do 16 roku życia	

### IV. Korzystałem(am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON\*

TAK, (PODAĆ ROK) .....  NIE

### V. Jestem zatrudniony w zakładzie pracy chronionej \*

TAK  NIE

### VI. Imię i nazwisko opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym

.....  
.....

(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

### Opiekun uzupełnia również załącznik nr 2 do wniosku

### VII. Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym

Imię i Nazwisko	Stopień i rodzaj niepełnosprawności	Przeciętny miesięczny dochód netto
1. WNIOSKODAWCA		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

- \*właściwe zaznaczyć

## **OŚWIADCZENIE:**

- a) Niniejszym 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 złożenia wniosku, wynosi .....zł. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....
- b) Oświadczam, iż na turnusie rehabilitacyjnym nie będę pełnił/pełniła funkcji członka kadry, nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/byłam stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- c) Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnej (sporządzonej nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą rozpoczęcia turnusu) „Informacji o stanie zdrowia” sporządzonej przez lekarza, pod którego opieką się znajduję (załącznik nr 4 do wniosku).
1. **Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).
2. **Zobowiązuję się do dostarczenia „Informacji o wyborze turnusu rehabilitacyjnego”** do PCPR w Malborku **w terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania**, sporządzonej na odrębnym załączniku.
3. **Oświadczam**, że zostałem poinformowany, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.
4. **Oświadczam**, że są mi znane następujące informacje:
- a) Turnus rehabilitacyjny musi trwać co najmniej 14 dni, wyłącznie na terenie kraju.
- b) W przypadku skrócenia uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym przez osobę niepełnosprawną lub jego opiekuna, z przyczyn innych niż losowe osoba niepełnosprawna bądź opiekun, ponosi całkowite koszty pobytu na tym turnusie.
- c) Turnus rehabilitacyjny musi się odbyć w ośrodku uprawnionym do organizowania turnusów rehabilitacyjnych, który posiada aktualny wpis do rejestru ośrodków.
- d) Wybrany organizator turnusu rehabilitacyjnego musi posiadać wpis do rejestru organizatorów turnusów.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

## **Załączniki :**

1. Kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (oryginał do wglądu);
2. W przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego, odpowiednio uwierzytelnione pełnomocnictwo lub postanowienie Sądu o ustanowienie opiekuna prawnego kopie za zgodność z oryginałem);
3. W przypadku osób niepełnosprawnych w wieku do 24 lat uczących się – dokument potwierdzający tok nauki na każdym etapie edukacji.

## **Procedura dotycząca przyznawania dofinansowania do pobytu na turnusie rehabilitacyjnym.**

1. Po pobraniu wniosku o dofinansowanie do pobytu na turnusie rehabilitacyjnym Wnioskodawca dostarcza do PCPR wypełniony:
  - wniosek
  - wniosek lekarza o skierowanie na turnus- **załącznik nr 1** wypełniony przez lekarza rodzinnego lub specjalistę (**konieczna pieczęć przychodni oraz pieczęć i podpis lekarza**), wniosek traci ważność po trzech miesiącach od daty wystawienia przez lekarza,
  - oświadczenie opiekuna osoby niepełnosprawnej – **załącznik nr 2**
  - niezbędne kserokopie dokumentów –orzeczenia o niepełnosprawności wydanego przez ZUS/Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności / KRUS lub MSWiA (Orzeczenie KRUS i MSWiA tylko jeśli zostało wydane do 31.12.1997r), pełnomocnictwo notarialne/sądowe do działania w imieniu Wnioskodawcy.
2. **Złożony, kompletny wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu podziału środków finansowych na 2020 r przez Radę Powiatu Malborskiego w terminie najpóźniej do 31 maja 2020 r.**
3. Wnioskodawca zobowiązany jest dokonać rezerwacji miejsca na turnusie rehabilitacyjnym dopiero po rozpatrzeniu wniosku przez PCPR i otrzymaniu pisemnego potwierdzenia przyznanego dofinansowania. Czyni to za pośrednictwem organizatora, który posiada aktualne uprawnienie do organizowania turnusu rehabilitacyjnego. Dokonując wyboru turnusu należy poinformować organizatora o rodzaju posiadanych ( i zaznaczonych przez lekarza we „wniosku lekarza”) schorzeniach, tak aby były one zgodne z wpisem organizatora i ośrodka do rejestru wojewody właściwego dla siedziby każdego z nich. Konsekwencje zarezerwowania miejsca na turnusie przed uzyskaniem informacji o dofinansowaniu ponosi wyłącznie Wnioskodawca. PCPR nie zwraca kosztów turnusu rehabilitacyjnego , który odbył się przed przyznaniem dofinansowania.
4. **W terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania, należy przekazać do PCPR w Malborku informację o wyborze turnusu, w którym osoba niepełnosprawna będzie uczestniczyła- Załącznik nr 3.**
5. Niedotrzymanie powyższych terminów będzie traktowane jako rezygnacja z otrzymanego dofinansowania,
6. Jeżeli Wnioskodawca nie wykorzysta przyznanego dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego zobowiązany jest niezwłocznie powiadomić pisemnie PCPR o rezygnacji z przyznanego dofinansowania,
7. Po przejeździe na turnus rehabilitacyjny Wnioskodawca jest zobowiązany przedstawić podczas pierwszego badania lekarskiego na turnusie Informację o aktualnym stanie zdrowia, w szczególności o chorobie zasadniczej, uczelniach i przyjmowanych lekach informacja o stanie zdrowia (wypełniony **załącznik nr 4**, ważny 3 miesiące).
8. Wnioski o dofinansowanie do pobytu na turnusie rehabilitacyjnym przyjmowane będą w siedzibie PCPR począwszy od 2 stycznia 2020 r.

Wnioski złożone w 2020r. tracą ważność z dniem 31.12.2020r. nie będą obowiązywać w 2021 r.

**Przyjmuję do wiadomości powyższą procedurę oraz informację, że niniejszy wniosek złożony w dniu ..... zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na 2020 rok przez Radę Powiatu Malborskiego.**

.....  
**Podpis wnioskodawcy**

## **Oświadczam, że:**

przyjmuję do wiadomości informację, iż z uwagi na obowiązek stosowania od dnia 25 maja 2018 r. 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. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1) (dalej: Rozporządzenie RODO), aktualne będą poniższe zasady związane z przetwarzaniem udostępnionych przeze mnie moich danych osobowych:

I. Administratorem danych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Malborku**

II. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych jest możliwy za pomocą poczty elektronicznej pod adresem – [iod@mainsoft.pl](mailto:iod@mainsoft.pl),

III. W/w administrator danych osobowych, zgodnie z art. 6 Rozporządzenia RODO przetwarza dane osobowe w przypadku, gdy spełniony jest co najmniej jeden z poniższych warunków:

- osoba, której dane dotyczą wyraziła zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w jednym lub większej liczbie określonych celów;
- przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
- przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;
- przetwarzanie jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby fizycznej;
- przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi;
- przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora lub przez stronę trzecią, z wyjątkiem sytuacji, w których nadrzędny charakter wobec tych interesów mają interesy lub podstawowe prawa i wolności osoby, której dane dotyczą, wymagające ochrony danych osobowych, w szczególności gdy osoba, której dane dotyczą, jest dzieckiem.

IV. Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zapisów ustaw:

- ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej
- ustawy z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie
- ustawy z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej
- ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych
- ustawy z dnia 4 listopada 2016r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”

V. W związku z przetwarzaniem udostępnionych przez Pana/Panią danych osobowych przysługuje Pani/Panu:

1. prawo dostępu do swoich danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia RODO;
2. prawo do sprostowania swoich danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia RODO;
3. prawo do usunięcia swoich danych, na podstawie art. 17 Rozporządzenia RODO;
4. prawo do ograniczenia przetwarzania swoich danych, na podstawie art. 18 Rozporządzenia RODO;
5. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych na podstawie art. 21 Rozporządzenia RODO;
6. prawo do przenoszenia swoich danych, na podstawie art. 20 Rozporządzenia RODO.

VI. Dane osobowe mogą być przekazywane:

- upoważnionym z mocy prawa podmiotom;
- dostawcom systemów IT, z którymi współpracuje Administrator, w celu utrzymania ciągłości oraz poprawności działania systemów;
- podmiotom prowadzącym działalność pocztową lub kurierską, w celu dostarczenia korespondencji;
- podmiotom z którymi współpracuje Administrator w zakresie obsługi interesantów (m.in.: tłumacz przysięgły).

VII. W przypadkach, w których przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywa się na podstawie art.6 ust.1 lit. a Rozporządzenia RODO, tj. zgody na przetwarzanie danych osobowych przysługuje Pani/ Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie.

VIII. W przypadku uznania, że przetwarzanie przez w/w administratora Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....

**Data, podpis**

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego)

**Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny**  
(proszę wypełnić czytelnie)

Imię i nazwisko .....

PESEL.....

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

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

- dysfunkcja narządu ruchu
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe
- choroba psychiczna
- epilepsja
- schorzenia układu krążenia
- inne (jakie?) .....
- .....
- .....

**Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne\*\***

- oprotezowanie / zaaparowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)
- oprotezowanie/zaaparowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)
- wózek inwalidzki  kule łokciowe
- inne
- (jakie?).....

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

- Nie
- Tak – uzasadnienie
- ( brak uzasadnienia powoduje nie przyznanie dofinansowania)
- .....
- .....

**Zalecenia ( wskazania i przeciwwskazania):**

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

**Uzasadnienie wniosku:**

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

.....  
Data

.....  
Pieczęć i podpis lekarza

- \*w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu  
- \*\*właściwe zakreślić





.....  
(imię i nazwisko opiekuna)

.....  
(adres)

.....  
PESEL

### Oświadczenie

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej Pana/i .....  
podczas turnusu rehabilitacyjnego, oświadczam, iż:

- nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
- nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- ukończyłem/am 18 lat,
- ukończyłem/am 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.\*

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych dla potrzeb realizacji przez PCPR zadań ustawowych, zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).

.....  
(czytelny podpis opiekuna osoby niepełnosprawnej)



**INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO**  
(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby nieletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu.....  
 PESEL .....

Adres zamieszkania\* .....

Rodzaj turnusu .....

Termin turnusu: od ..... **2020** do ..... **2020**

**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 przyznanym na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.
- Oświadczam, że nie brałam/brałem w bieżącym roku udziału w turnusie rehabilitacyjnym jako uczestnik, jako kadra, jako opiekun osoby niepełnosprawnej.
- Oświadczam, iż wybrany ośrodek, organizator turnusu rehabilitacyjnego posiada aktualny wpis do rejestru ośrodków i organizatorów, obejmujący okres trwania wybranego przeze mnie turnusu.
- Oświadczam, iż wybrany ośrodek jest uprawniony do przyjęcia mojej osoby na turnus rehabilitacyjny zgodnie z określonym w orzeczeniu/wniosku lekarskim\*\* dysfunkcją, czy schorzeniem.
- Oświadczam, iż wybrany organizator jest uprawniony do przyjęcia mojej osoby na turnus rehabilitacyjny zgodnie z określonym w orzeczeniu/wniosku lekarskim\*\* dysfunkcją, czy schorzeniem.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

**Informacje przydatne dla wnioskodawcy**

Wybrany ośrodek musi być wpisany do rejestru ośrodków uprawnionych do organizowania turnusów rehabilitacyjnych przy udziale środków PFRON.

Organizator turnusu również musi posiadać wpis do rejestru organizatorów turnusów.

Wybrany ośrodek musi być uprawniony do przyjmowania osób niepełnosprawnych z określonymi w orzeczeniu lub we wniosku lekarskim dysfunkcjami, to samo dotyczy organizatora.

W przypadku skrócenia uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe osoba niepełnosprawna ponosi koszty pobytu na tym turnusie.

W przypadku skrócenia pobytu opiekuna osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe opiekun ponosi koszty pobytu na tym turnusie.

Niniejszą Informację o wyborze turnusu należy złożyć do PCPR w Malborku **w terminie do 30 dni od otrzymania powiadomienia** o przyznaniu dofinansowania,

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu



.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego

**UWAGA !**

**Wniosek po wypełnieniu przez lekarza należy zabrać ze sobą na turnus rehabilitacyjny i przekazać organizatorowi turnusu.**

**INFORMACJA O STANIE ZDROWIA**

( Proszę wypełnić czytelnie)

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres stały .....

Rozpoznanie choroby zasadniczej

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

Choroby współistniejące, przebyte operacje

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

Uczulenia

.....  
.....

Przyjmowane leki ( nazwa i dawkowanie )

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

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych

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

.....

data

.....

Pieczęć i podpis lekarza