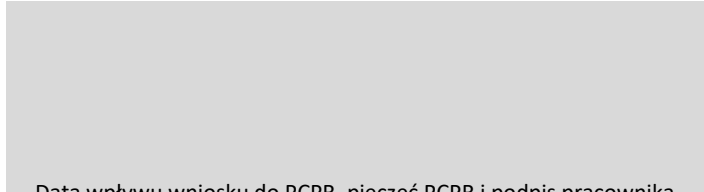


| | | |
|--|--|--|
| Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Wojska Polskiego 78 26-700 Zwoleń tel. 48-676-36-23 |  Data wpływu wniosku do PCPR, pieczęć PCPR i podpis pracownika | Numer sprawy DRS.700.....202.... Numer wniosku SOW DRS.700.....202.... |
|--|--|--|

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
- 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 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.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.***

.....
(data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

*** Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

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

Imię i nazwisko:

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:

.....

Numer telefonu:

Adres email:

Data urodzenia:

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

.....

postanowieniem Sądu:

.....

z dn. sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

.....

z dn. repet. nr

.....

data

.....

*(podpis
przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*
pełnomocnika*)*

INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE DO WNIOSKU
dane kontaktowe osoby niepełnosprawnej

Numer telefonu:

Adres email:

.....

(data)

.....

(podpis)

Załączniki:

1. Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności/o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne – oryginał do wglądu.
2. Dokument potwierdzający prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej, w przypadku składania wniosku przez opiekuna prawnego, pełnomocnika.
3. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny – druk w załączeniu (powinien być wystawiony w roku złożenia wniosku o dofinansowanie turnusu rehabilitacyjnego; przyjmuje się, że wniosek lekarza zachowuje ważność do 6 miesięcy od dnia jego wystawienia).
4. Oświadczenia Wnioskodawcy – druk w załączeniu.
5. Zaświadczenie o pobieraniu nauki lub ksero aktualnej legitymacji szkolnej lub indeksu itp. – oryginał do wglądu (dotyczy osób uczących się i niepracujących pomiędzy 16 a 24 rokiem życia).

* niepotrzebne skreślić

Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

- 1) a/Administratorem Państwa danych jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) z siedzibą w Warszawie (00-828) przy ulicy Jana Pawła II 13, tel.: 22/5055500, email kancelaria@pfron.org.pl
b/Administratorem Państwa danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleń (ul. Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwoleń, telefon kontaktowy: (48 6763623) email.: pcpr@zwolenpowiat.pl
- 2) a/Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: iod@pfron.org.pl lub pisemnie pod adres Administratora.
b/ Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie pod adres Administratora.
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu dofinansowania ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, tj. gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust 2 lit h RODO) w zw. z Ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r., o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wraz z rozporządzeniami.
W przypadku dobrowolnego udostępniania przez Państwa danych osobowych innych niż wynikające z obowiązku prawnego, podstawę legalizującą ich przetwarzanie stanowi wyrażona zgoda na przetwarzanie swoich danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO). Udostępnione dobrowolnie dane będą przetwarzane w celach kontaktowych.
- 4) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych tj. 5 lat. Natomiast z przypadku danych podanych dobrowolnie – co do zasady do czasu wycofania przez Państwa zgody na ich przetwarzanie.
- 5) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
- 6) Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
- 7) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) prawo do usunięcia danych określone w przepisach prawa;
 - e) w przypadku gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) - prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
 - f) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Moniuszki 1a, 00-014 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
- 8) Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3. Nieprzekazanie danych udostępnianych dobrowolnie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie sprawy.
- 9) Państwa dane osobowe będą ujawniane osobom działającym z upoważnienia Administratora, mającym dostęp do danych osobowych i przetwarzającym je wyłącznie na polecenie Administratora, chyba że wymaga tego prawo UE lub prawo państwa członkowskiego. Państwa dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, tj. usługodawcom wykonującym usługi serwisu systemów informatycznych (SOW), podmiotom zapewniającym ochronę danych osobowych i bezpieczeństwo IT, dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom usług informatycznych w zakresie systemów księgowo-ewidencyjnych, usługodawcom z zakresu księgowości oraz doradztwa prawnego, dostawcy usług hostingu poczty mailowej w przypadku korespondencji prowadzonej drogą mailową. Dane osobowe mogą być przekazywane do organów publicznych i urzędów państwowych lub innych podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa lub wykonujących zadania realizowane w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej do celów ewidencyjnych, weryfikacyjnych, kontrolnych i audytowych.

1. Upředzony/upředzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Przepisy wprowadzające Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku i załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Klauzuli informacyjnej (RODO).
3. Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych Systemu Obsługi Wsparcia (SOW) dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleń, ul. Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwoleń dla potrzeb wynikających z realizacji zadania związanego z dofinansowaniem ze środków PFRON, zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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.U.UE.L. z 2016 r. Nr 119, s.1 ze zm.).
5. Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
6. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przez złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.
7. Oświadczam, że w 2026 roku o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleń**:
☐ TAK ☐ NIE.
8. Oświadczam, że poinformowano mnie, że w przypadku gdy Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleń poweźmie wątpliwość odnośnie do podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, wzywa wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.
9. W terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania, nie później jednak niż 21 dni przed dniem rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego przekażę do siedziby PCPR Zwoleń „Informację o wyborze turnusu rehabilitacyjnego.” Niedotrzymanie w/w terminu może zostać potraktowane jako rezygnacja z przyznanego dofinansowania.
10. Zostałem/łam poinformowany/a, że czas trwania turnusu wynosi co najmniej 14 dni.
11. Zobowiązuję się wykorzystać przyznane dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego w roku bieżącym, w czasie ważności orzeczenia stwierdzającego niepełnosprawność (w przypadku orzeczeń czasowych).
12. W przypadku rezygnacji z przyznanego dofinansowania niezwłocznie poinformuję na piśmie o tym fakcie PCPR Zwoleń.
13. Zostałem/łam poinformowany/a, iż dofinansowanie uczestnictwa osoby niepełnosprawnej w turnusie rehabilitacyjnym może być wykorzystane jedynie przez osobę, której zostało przyznane.
14. Zostałem/łam poinformowany/a, że wybrany przeze mnie ośrodek i organizator turnusu rehabilitacyjnego powinny posiadać wpis do rejestru ośrodków i organizatorów prowadzonego przez wojewodę, obejmujący okres trwania turnusu, oraz powinny być uprawnione do przyjmowania osób niepełnosprawnych z określonymi w orzeczeniu lub we wniosku lekarskim dysfunkcjami lub schorzeniami.
15. Ponoszę ryzyko rezerwacji miejsca turnusowego, której dokonam przed datą przyznania dofinansowania, lub niezgodnej z wymaganiami odnośnie posiadanych uprawnień organizatora i ośrodka, na konkretne schorzenia i dysfunkcje.
16. Zostałem/łam poinformowany/a, że dokonanie wpłaty zaliczki w celu rezerwacji turnusu rehabilitacyjnego nie jest podstawą przyznania dofinansowania do uczestnictwa w turnusie.
17. Poinformowano mnie, iż nie ma możliwości refundacji turnusu rehabilitacyjnego, który rozpoczął się przed datą

przyznania dofinansowania.

18. Zostałem/łam poinformowany/a, że do wniosku należy dołączyć tylko 1 ważne orzeczenie o niepełnosprawności albo orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne (w przypadku posiadania kilku orzeczeń).
19. Zostałem/łam poinformowany/a, że w przypadku znacznego niedoboru środków Funduszu może zostać przyjęta zasada przyznawania dofinansowania tej samej dorosłej osobie niepełnosprawnej raz na dwa lata.
20. Zostałem/łam poinformowany/a, że wniosek będzie podlegał ocenie formalnej i w przypadku pozytywnej oceny formalnej będzie wpisany na *Listę wniosków oczekujących na rozpatrzenie (ocenę merytoryczną)* – zgodnie z datą wpływu kompletnego wniosku do PCPR w Zwoleniu. W terminie 30 dni od dnia podjęcia przez Radę Powiatu w Zwoleniu uchwały w sprawie określenia zadań i wysokości środków PFRON przeznaczonych na realizację zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudniania osób niepełnosprawnych w Powiecie Zwoleńskim w 2026 roku, lecz nie później niż do dnia 30.04.2026 r., PCPR w Zwoleniu przeprowadzi procedurę rozpatrywania wniosków i przyznawania dofinansowań do wniosków, które wpłynęły do jednostki do dnia poprzedniego włącznie. Pierwszeństwo w uzyskaniu dofinansowania będą miały osoby niepełnosprawne, które posiadają orzeczenie o zaliczeniu do znacznego i umiarkowanego stopnia niepełnosprawności albo równoważne, osoby niepełnosprawne w wieku do 16 lat albo w wieku do 24 lat uczące się i niepracujące bez względu na stopień niepełnosprawności, a następnie o przyznaniu dofinansowania będzie decydowała kolejność wpływu kompletnego wniosku do PCPR w Zwoleniu. Wnioski, do których nie przyznano dofinansowania (z powodu braku środków finansowych) nie będą wpisywane na listę rezerwową (zostanie przekazana informacja o odmowie dofinansowania).
21. Poinformowano mnie, że w przypadku złożenia wniosku w terminie późniejszym, niż wskazany w punkcie 20 (tj. po pierwszym terminie przyznawania dofinansowań), mój wniosek będzie rozpatrzony w terminie 30 dni od daty wpływu do PCPR w Zwoleniu zgodnie z zasadami opisanymi w punkcie 20, pod warunkiem posiadania przez PCPR w Zwoleniu wolnych środków na realizację zadania.
22. Zostałem/łam poinformowany/a, że PCPR w Zwoleniu w terminie 7 dni od dnia rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie do turnusu powiadomi mnie w formie pisemnej o sposobie jego rozpatrzenia.
23. Oświadczam, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek jest osobą w wieku 16-24 lata uczącą się i niepracującą**: ☐ TAK ☐ NIE.
24. Sytuacja zawodowa (wypełnić tylko w przypadku osób powyżej 18 roku życia)**:
- ☐ osoba pracująca zawodowo ☐ emeryt/rencista
- ☐ osoba bezrobotna ☐ osoba nieposzukująca pracy
- ☐ osoba poszukująca pracy ☐ osoba nieposzukująca pracy.
25. Uczestnictwo w życiu społecznym **: ☐ przynależność do organizacji społecznych (np. stowarzyszenia, fundacje, kluby itp.)
- ☐ uczestnictwo w warsztacie terapii zajęciowej
- ☐ uczestnictwo w innych formach aktywności społecznej (proszę podać w jakich):

.....

.....
data

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

* niepotrzebne skreślić

** właściwe zaznaczyć

.....
(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
 - ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku
- ☐ choroba psychiczna
- ☐ schorzenia układu krążenia

- ☐ dysfunkcja narządu słuchu
- ☐ upośledzenie umysłowe
- ☐ padaczka
- ☐ inne (jakie?)

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- ☐ NIE
- ☐ TAK – uzasadnienie
-
-
-
-
-

Uwagi:

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

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

