



Nr sprawy: PCPR.III.4030. .2026

Data wpływu wniosku do PCPR

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 dokumetu tożsamości

Adres zamieszkania*.....

(ulica/nr domu/nr mieszkania/kod pocztowy/miejscowość)

Adres Doręczeń Elektronicznych (ADE)

Data urodzenia nr telefonu

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE:

(we właściwym polu należy wstawić znak x – zgodnie z załączanym orzeczeniem)

a) o stopniu niepełnosprawności:

☐ Znacznym ☐ Umiarkowanym ☐ Lekkim

b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów:

☐ pierwsza ☐ druga ☐ trzecia

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 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

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

Zostałem/am poinformowany/a, że:

1. Ze środków PFRON nie może być dofinansowane uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym finansowanym w części lub w całości na podstawie przepisów o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.
2. Nie ma możliwości uzyskania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do pobytu na turnusie, w którym wnioskodawca wziął udział przed otrzymaniem decyzji Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie o przyznaniu dofinansowania.

Oświadczam, że:

- 1) powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych,
- 2) o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Nowej Soli,
- 3) zobowiązuję się bezzwłocznie zgłosić do PCPR informacje o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku,
- 4) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku nie gwarantuje uzyskania dofinansowania.

.....

(data), (czytelny podpis wnioskodawcy)

ZAŁĄCZNIKI do wniosku :

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub kopia wypisu z treści orzeczenia traktowanego na równi z tym orzeczeniem albo kopia orzeczenia o niepełnosprawności.
2. Wniosek lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna, o skierowanie na turnus rehabilitacyjny (druk w załączeniu).
3. Oryginał zaświadczenia o kontynuacji nauki (dotyczy osób niepełnosprawnych w wieku 16-24 lat uczących się i niepracujących).

.....

(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

Dane personalne osoby składającej wniosek w imieniu osoby niepełnosprawnej:

(we właściwym polu należy wstawić znak x)

☐ przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy),

☐ opiekun prawny (dla osoby ubezwłasnowolnionej)

do wniosku należy dołączyć Postanowienie Sądu

☐ lub pełnomocnik Wnioskodawcy

(na podstawie pisemnego pełnomocnictwa – załączonego do wniosku)

Imię i nazwisko.....

PESEL..... nr telefonu

Kod pocztowy..... Miejscowość.....

Ulica nr domu nr lokalu

Adres Doręczeń Elektronicznych (ADE)

KLAUZULA INFORMACYJNA

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) (Dz. U. UE. L. 119.1 z 04.05.2016 r.) informuję, iż:

Administratorem danych osobowych jest Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Nowej Soli (67-100) przy ulicy Staszica 1A. Z administratorem można skontaktować się mailowo: pcpr@powiat-nowosolski.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora.

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez e-mail: inspektor@4consult.com.pl.

Dane przetwarzane są dla celów związanych z rozpatrzeniem wniosku o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych, którymi mogą być podmioty upoważnione na podstawie odpowiednich przepisów prawa. Szczegółowe informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych zamieszczone zostały w klauzuli informacyjnej wywieszanej na tablicy ogłoszeń lub na stronie internetowej:

www.pcprnowasol.pl w zakładce „Informacja RODO”.

.....

(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

☐ dysfunkcja narządu słuchu

☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

☐ dysfunkcja narządu wzroku

☐ upośledzenie umysłowe

☐ choroba psychiczna

☐ padaczka

☐ schorzenia układu krążenia

☐ inne (jakie?)

.....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

☐ Nie

☐ Tak – uzasadnienie.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwie zaznaczyć.

OŚWIADCZENIE

(wypełnia wnioskodawca)

Ja niżej podpisany

Zamieszkały

(ulica/nr domu/nr mieszkania/kod pocztowy/miejscowość)

oświadczam, że zgodnie z § 4 ust. 1, pkt 6 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. 2007 r. Nr 230, poz. 1694 z późn. zm.), nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.

.....

(data), (czytelny podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE

(wypełnia opiekun)

Ja niżej podpisany.. ..

Zamieszkały.....

(ulica/nr domu/nr mieszkania/kod pocztowy/miejscowość)

PESEL

Data urodzenia

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej:

.....

(imię i nazwisko uczestnika turnusu)

zobowiązuje się do sprawowania nad nią stałej opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego.

Ponadto oświadczam, że zgodnie z § 4 ust. 2, pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. 2007 r. Nr 230, poz. 1694 z późn. zm.):

- a) nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
- b) nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- c) ukończyłem 18 lat lub ukończyłem 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

.....

(data), (czytelny podpis opiekuna)