

Nr sprawy: PCPR.III.4030. .2025

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)

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: ☐ 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

** Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

.....
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

I. 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.

II. Oświadczam, że:

- 1) o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR w Nowej Soli,
- 2) zobowiązuje się bezzwłocznie zgłosić do PCPR informacje o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku,
- 3) przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku nie gwarantuje uzyskania dofinansowania.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

III. 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

IV. 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).

V. 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) informuję, iż:

Administratorem danych osobowych jest Powiatowe 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

** Właściwe zaznaczyć.

Nowa Sól,-.....-20.....r.

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. 2007r. Nr 230, poz. 1694 z późn. zm.), **nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.**

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Nowa Sól,-.....-20.....r.

OŚWIADCZENIE **(wypełnia opiekun)**

Ja niżej podpisany/a.....,

zamieszkały/a.....
(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*.**

.....
(czytelny podpis opiekuna)

*** Właściwe podkreślić**