

Data wpływu:

Nr wniosku:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK
**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

ADRES ZAMIESZKANIA*

Nazwa pola	Wartość
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	☐ miasto ☐ wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

II. DANE PODOPIECZNEGO*

☐ Nie dotyczy

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	

DANE ADRESOWE

Nazwa pola	Wartość
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA

Przedstawicielem ustawowym:

Opiekunem prawnym:

Nazwa pola	Wartość
Postanowieniem Sądu Rejonowego:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	

Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

Nazwa pola	Wartość
Imię i nazwisko:	
Z dnia:	
Repetitorium nr:	

III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI*

Nazwa pola	Wartość
Stopień niepełnosprawności:	☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki ☐ Nie dotyczy
Grupa inwalidzka:	☐ I grupa ☐ II grupa ☐ III grupa ☐ Nie dotyczy
Niezdolność:	☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji ☐ Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny ☐ Osoby całkowicie niezdolne do pracy ☐ Osoby częściowo niezdolne do pracy ☐ Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ Nie dotyczy
Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:	☐ Tak ☐ Nie dotyczy

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI*

- ☐ Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
☐ Inna dysfunkcja narządu ruchu
☐ Dysfunkcja narządu wzroku
☐ Dysfunkcja narządu słuchu i mowy
☐ Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
☐ Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
☐ Inny / jaki?

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)

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU**I. PLANOWANY TERMIN UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM**

Nazwa pola	Wartość
PLANOWANY TERMIN WYJAZDU	

Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

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**

Lp.	IMIĘ I NAZWISKO	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA (np. mąż / żona ; syn / córka itd.)	ŚREDNI MIESIĘCZNY DOCHÓD NETTO
DANE WNIOSKODAWCY:			
1.		X	
POZOSTALI CZŁONKOWIE WSPÓLNEGO GOSPODARSTWA DOMOWEGO:			
2.	X		
3.	X		
4.	X		
5.	X		
6.	X		
R A Z E M :			

- ✓ Oświadczam, że **nie posiadam wymagalnych zobowiązań** wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zwanego dalej Funduszem i nie byłam/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- ✓ Świadoma(y) odpowiedzialności karnej **za składanie fałszywych zeznań** wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks Karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane **zostały zgodnie z prawdą**.
- ✓ Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego **zaświadczenia o stanie zdrowia**.**
- ✓ Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią **Klauzuli informacyjnej RODO**.
- ✓ Jeśli **nie będę mógł/mogła** skorzystać z przyznanego dofinansowania w uczestnictwie w turnusie rehabilitacyjnym zobowiązuję się do złożenia niezwłocznie **rezygnacji** z podaniem przyczyny.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

* właściwe zaznaczyć.

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

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1.	wniosek lekarza o skierowanie na turnusu rehabilitacyjny
2.	kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawność lub orzeczenia równoważnego
3.	oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych uczestnika i opiekuna (o ile dotyczy)
4.	oświadczenie opiekuna osoby niepełnosprawnej <i>(w przypadku takiej konieczności)</i>
5.	informacja o wyborze turnusu rehabilitacyjnego <i>(powinno być dostarczone w ciągu 30 dni od daty otrzymania informacji o przyznaniu dofinansowania na turnus rehabilitacyjny)</i>
6.	zaświadczenie o pobieraniu nauki przez młodzież uczącą się i niepracującą w wieku od 18 do 24 r.ż. (o ile dotyczy).
7.	w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – kserokopię zaświadczenia lub wyrok Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego, a w przypadku pełnomocnictwa - kserokopie pełnomocnictwa potwierdzonego za zgodność.

OŚWIADCZENIE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

- 1) administrator Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łodzi; 92-318 Łódź; al. Piłsudskiego 133d.;
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – Beata Grzesiak - Młynarczyk,
e -mail: beata.grzesiak@lodzkiwschodni.pl, tel. 665-030-349;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 1 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, w celu realizacji Pani/Pana wniosku z dnia ;
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa;
- 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez niezbędny okres do realizacji ww. celów przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.;
- 6) posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie;
- 7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 8) podanie danych osobowych w zakresie wymaganym przepisami o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych jest obligatoryjnym warunkiem przeprowadzenia postępowania w Pani/Pana sprawie.

Zapoznałam/zapoznałem się

*podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej
do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy*

OŚWIADCZENIE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH OPIEKUNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

- 1) administrator Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Łodzi; 92-318 Łódź; al. Piłsudskiego 133d.;
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – Beata Grzesiak -Młynarczyk,
e -mail: beata.grzesiak@lodzkiwschodni.pl tel. 665-030-349;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 1 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych , w celu realizacji Pani/Pana wniosku z dnia ;
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa;
- 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez niezbędny okres do realizacji ww. celów przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa.;
- 6) posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie;
- 7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 8) podanie danych osobowych w zakresie wymaganym przepisami o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych jest obligatoryjnym warunkiem przeprowadzenia postępowania w Pani/Pana sprawie.

Zapoznałam/zapoznałem się

<i>podpis opiekuna</i>

DANE UCZESTNIKA**DANE OPIEKUNA**

.....
(imię i nazwisko)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(PESEL)

.....
(PESEL)

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA
OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Niniejszym oświadczam, że:

- 1) nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie, na którym jestem opiekunem dla osoby niepełnosprawnej;
- 2) nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki;
- 3) w przypadku skróceniu czasu pobytu na turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innym niż losowe zobowiązuje się ponieść koszty uczestnictwa.

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis opiekuna)

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

.....
(imię i nazwisko)

.....
(PESEL albo numer dokumentu tożsamości)

.....
(Adres zamieszkania)

Rodzaj niepełnosprawności lub dysfunkcji*

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

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne*

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie*

- ☐ NIE
 - ☐ TAK – uzasadnienie
-
-

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania)

.....

.....

Uzasadnienie wniosku

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* właściwe zakreślić.

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice
bądź opiekun prawny)

.....
(imię i nazwisko uczestnika turnusu)

.....
(PESEL albo numer dokumentu tożsamości)

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(rodzaj turnusu)

.....
(termin turnusu)

DANE ORGANIZATORA

.....
(nazwa)

.....
(adres – ulica, kod pocztowy, miejscowość)

DANE OŚRODKA, W KTÓRYM ODBĘDZIE SIĘ TURNUS

.....
(nazwa)

.....
(adres – ulica, kod pocztowy, miejscowość)

Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)