

**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  
Numer orzeczenia:  
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.

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

Klauzula RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

## Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

## Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

## Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

## Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

## Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie 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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

## Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

## Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

## Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,

- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

### **Wypełnia PCPR**

.....  
(data wpływu wniosku do PCPR)

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

**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 e-mail: .....

.....  
(data)

.....  
(podpis)

---

\* niepotrzebne skreślić

## **KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 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.Urz.UE.L.119.1) zwanego dalej „RODO”, Administratorzy Danych Osobowych informują o zasadach przetwarzania danych osobowych oraz o przysługujących prawach z tym związanych:

1. Administratorami Pani/a danych osobowych są: Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Tarnobrzegu z siedzibą ul. M. Kopernika 3, 39-400 Tarnobrzeg, tel. 15 823-07-38, e-mail: [mopr@mopr.pl](mailto:mopr@mopr.pl), zwany dalej „MOPR”, oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w Warszawie z siedzibą al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, tel.: 22 50-55-500, zwany dalej „PFRON”.
2. Kontakt z Inspektorami Ochrony Danych możliwy jest: w MOPR - pod adresem e-mail: [iod@mopr.pl](mailto:iod@mopr.pl), listownie na adres: ul. M. Kopernika 3, 39-400 Tarnobrzeg, w PFRON - pod adresem e-mail: [iod@pfron.org.pl](mailto:iod@pfron.org.pl), listownie na adres al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, oraz tel. pod numerem: 22 50-55-500.
3. Pani/a dane osobowe przetwarzane będą przez MOPR/PFRON w celu zarządzania Systemem Obsługi Wsparcia finansowanego ze środków PFRON – zwanego dalej „SOW” oraz realizacji zadań ustawowych PFRON związanych z pomocą osobom niepełnosprawnym, w tym w celu kontroli prawidłowości wydatkowania środków PFRON. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO, jako że jest ono niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze danych, wynikającego z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Pani/a dane osobowe przetwarzane będą także przez MOPR w celu rozpoznania złożonego wniosku oraz przyznania dofinansowania i jego rozliczenia. Podstawą prawną przetwarzania Pani/a danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b RODO, tj. 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, albo art. 6 ust. 1 lit. c RODO, jeśli jest ono niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze danych oraz art. 9 ust.2 lit. b RODO w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
4. PFRON jako właściciel i udostępniający SOW zawiera umowy powierzenia przetwarzania Pani/a danych osobowych z podmiotami świadczącymi usługi serwisowe dla SOW. PFRON, w imieniu Administratorów danych osobowych, odpowiada za zgodne z RODO powierzenie przetwarzania Pani/a danych osobowych.
5. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w pkt 3, odbiorcami Pani/a danych osobowych mogą być:
  - 1) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z PFRON przetwarzają Pani/a dane osobowe, dla których Administratorem jest PFRON,
  - 2) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z MOPR przetwarzają Pani/a dane osobowe, dla których Administratorem jest MOPR,
  - 3) dostawca lub podmiot świadczący usługi serwisowe dla SOW.
6. Pani/a dane będą przechowywane przez okres związany z realizacją celów - o którym mowa w pkt 3 i 4, a następnie zgodnie z przepisami ustawy z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach i wydanej na jej podstawie instrukcji kancelaryjnej MOPR.
7. W związku z przetwarzaniem Pani/a danych osobowych, przysługują Pani/u następujące prawa:
  - 1) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
  - 2) prawo do sprostowania swoich danych osobowych;
  - 3) prawo do usunięcia danych, chyba że dalsze przetwarzanie danych jest niezbędne

do wywiązania się z obowiązku prawnego;

**4)** prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;

**5)** prawo do przenoszenia danych w przypadku , gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO i w sposób zautomatyzowany;

**6)** prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/n, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

**8.** Podanie danych osobowych jest dobrowolne, przy czym jest również niezbędne do założenia konta w Systemie SOW. Odmowa podania danych będzie skutkowała odmową założenia konta w Systemie SOW i w konsekwencji uniemożliwi złożenie wniosku o przyznanie pomocy w postaci elektronicznej.

**9.** Pani/a dane nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z powyższą informacją

.....  
data i czytelny podpis

**Załączniki do wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym:**

1. Skan/kopia orzeczenia o niepełnosprawności.
2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.
3. Oświadczenia Wnioskodawcy.
4. Zaświadczenie ze szkoły/uczelni potwierdzające pobieranie nauki w przypadku młodzieży uczącej się i niepracującej w wieku 18-24 lat.
5. Ankieta.
6. Klauzula informacyjna.
7. Postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego – w przypadku, gdy Wnioskodawca jest osobą ubezwłasnowolnioną.
8. Pełnomocnictwo notarialne – w przypadku, gdy w imieniu Wnioskodawcy z wnioskiem występuje jego pełnomocnik.

## OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

Ja niżej podpisany(a) .....zamieszkały(a)  
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....  
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Oświadczam, że:

1. Nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.

Oświadczam, że moim opiekunem na turnusie będzie:

.....  
(imię i nazwisko opiekuna)

2. Opiekun:

- 1) nie będzie pełnił funkcji członka kadry na turnusie;
- 2) nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby;
- 3)  ukończył 18 lat \*  
 ukończył 16 i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej\*.

\* właściwe zaznaczyć

### **Ponadto oświadczam, że:**

1. Nie mam zaległości wobec PFRON oraz że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
2. Nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał/a się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym za pośrednictwem innego samorządu powiatowego.
3. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się niezwłocznie poinformować.

**Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.  
Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego  
oświadczenia.**

....., dnia.....r.  
miejscowość

.....  
czytelny podpis Wnioskodawcy/Przedstawiciela  
Ustawowego/Opiekuna prawnego/Pełnomocnika



## INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

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

Nr telefonu .....

Imię i nazwisko uczestnika turnusu .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania\*.....

.....

Rodzaj turnusu .....

termin turnusu: od ..... do .....

### **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 przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.**

.....

(data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

.....  
pieczętka 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 \*\*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu                   | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna         |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> padaczka                   |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu                  | <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku                  | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....        |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe                      | .....   |

### KONIECZNOŚĆ POBYTU OPIEKUNA NA TURNUSIE:

- NIE
- TAK – uzasadnienie .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

### UWAGI:

.....

.....

.....

.....

.....  
(data)

.....  
( pieczętka i podpis lekarza )

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwie zaznaczyć

**ANKIETA**  
(dotyczy osoby niepełnosprawnej)

.....  
*Imię i nazwisko, nr PESEL*

1. Zaspokajanie codziennych potrzeb życiowych i społecznych (np. zdolność do nawiązywania i utrzymywania kontaktów społecznych, rozwiązywanie codziennych problemów, załatwianie spraw urzędowych, podejmowanie decyzji dotyczących własnej osoby) \*

- samodzielnie  
 z pomocą osób drugih

2. Korzystanie z ośrodków wsparcia (warsztaty terapii zajęciowej, środowiskowy dom samopomocy, dom dziennego pobytu, kluby integracyjne, organizacje społeczne, stowarzyszenia i inne)\*

- TAK (podać jakie)

.....  
.....  
 NIE

3. Zamieszkuje\*

- samotnie  
 z rodziną  
 z osobami niespokrewnionymi

4. Korzystanie z pomocy Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Tarnobrzegu\*

- NIE  
 TAK

5. Korzystanie z pomocy MOPR w zakresie\*

- usług opiekuńczych  
 specjalistycznych usług opiekuńczych  
 nie dotyczy

\* Właściwe zaznaczyć.

.....  
*data*

.....  
*czytelny podpis Wnioskodawcy/Przedstawiciela  
Ustawowego/Opiekuna prawnego/Pełnomocnika*