Znak sprawy: **PCPR.550. ……. 2026**

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 lub numer dowodu 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 zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

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/ osobę

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadomy (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.

** Właściwe zaznaczyć.

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

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 Rejonowego: .....

.....

z dn. …… syg. 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 NIPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu: ……

Adres e-mail: ……

…….. ……..

(data) (podpis)

* niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Oświadczam, że:

1. zostałem/am skierowany/a na turnus rehabilitacyjny na wniosek lekarza, pod którego opieką się znajduję,
2. w roku bieżącym nie uzyskałem/uzyskałam* dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON,
3. dokonam wyboru ośrodka i organizatora turnusu posiadającego odpowiednio wpis do rejestru ośrodków i organizatorów turnusów prowadzonego przez wojewodę (www.empatia.mpips.gov.pl); w terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania, nie później jednak niż na 21 dni przed dniem rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego, przekaże do PCPR informację o wyborze turnusu rehabilitacyjnego stanowiącą załącznik do wniosku,
4. będę uczestniczyć w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybiorę,
5. nie będę pełnić funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu,
6. dokonam wyboru turnusu rehabilitacyjnego trwającego co najmniej 14 dni. W przypadku skrócenia uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe poniosę koszty pobytu na tym turnusie. W przypadku skrócenia pobytu opiekuna osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe opiekun ponosi koszty pobytu na tym turnusie,
7. nie mam zaległości wobec PFRON oraz nie byłem/am w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie,
8. jestem w wieku od 16 do 24 lat, uczę się i nie pracuję TAK/NIE/NIE DOTYCZY*

.....

(podpis Wnioskodawcy)

* właściwe zakreślić

Przepisy w zakresie przyznawania dofinansowania do turnusów rehabilitacyjnych określa rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 15.11.2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 r. Nr 230 poz. 1694 z późn. zm.).

Klauzula informacyjna 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.

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

…… ……
(data) czytelny podpis Wnioskodawcy/ Przedstawiciela ustawowego/ Opiekuna Prawnego

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

(UWAGA: Wypełnia opiekun jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna na turnusie**)**

Imię i nazwisko .....

PESEL.....

Adres zamieszkania* .....

W związku z funkcją opiekuna, jaką będę pełnić na turnusie wobec wnioskodawcy:

……..……
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

Zgodnie z § 4 ust. 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 r. nr 230, poz. 1694 z późn. zm.), oświadczam, że jako opiekun osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym:

1. nie będę pełnić funkcji członka kadry na tym turnusie,
2. nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
3. □ ukończyłem/am 18 lat* lub
4. □ ukończyłem/am 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej*
5. nie korzystam z dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego jako osoba niepełnosprawna oraz nie ubiegam się o takie dofinansowanie.

.....
Czytelny podpis opiekuna

* właściwe zakreślić

Załączniki:

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1,art. 5 lub art. 62 ustawy*, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przed dniem 1 stycznia 1998 r. - **(oryginał do wglądu)**
2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny winien być sporządzony nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą złożenia wniosku.
3. W przypadku osób uczących się, które ukończyły 16 rok życia – zaświadczenie ze szkoły lub z uczelni o kontynuowaniu nauki.
4. Kopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny/pełnomocnik.
5. Oświadczenie dotyczące konieczności pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym (w sytuacji gdy lekarz określi i uzasadni konieczność jego pobytu).
6. Oświadczenie osoby niepełnosprawnej.
7. Klauzula informacyjna.
8. **Wszystkie zmiany we wniosku wymagają formy pisemnej.**

---

* Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2023 poz. 100 z późn. zm.)

.....
(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.
**Właściwe zaznaczyć.

....
(data) *(pieczątka i podpis lekarza)*