

**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym<sup>1</sup>**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL albo numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

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 pierwszej drugiej trzeciejc) o całkowitej o częściowej niezdolności do pracyo niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym o niezdolności do samodzielnej egzystencjid) o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

Korzystałam/em z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON

Tak (podać rok) \_\_\_\_\_ NieJestem zatrudniona/y w zakładzie pracy chronionej Tak NieImię i nazwisko opiekuna<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

**Oświadczenie.** Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód netto, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił \_\_\_\_\_ złotych

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi \_\_\_\_\_

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych. Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.<sup>4</sup>

Data i czytelny podpis Wnioskodawcy lub pełnomocnika \_\_\_\_\_

**Wypełnia PCPR**

Data wpływu wniosku \_\_\_\_\_ Pieczętka i podpis pracownika \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice, bądź opiekun prawny.<sup>2</sup> W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.<sup>3</sup> Wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna.<sup>4</sup> Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

**Informacje uzupełniające do wniosku**

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY**

(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej)

opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL albo numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_

ustanowiony przedstawicielem/opiekunem/pełnomocnikiem<sup>5</sup> \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

postanowieniem Sądu Rejonowego \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

z dnia \_\_\_\_\_ sygnatura Akt<sup>6</sup> \_\_\_\_\_

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza<sup>7</sup>: \_\_\_\_\_

z dnia \_\_\_\_\_ sygnatura Akt<sup>8</sup> \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Podpis przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego/pełnomocnika<sup>9</sup> \_\_\_\_\_

---

<sup>5</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>6</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>7</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>8</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>9</sup> Niepotrzebne skreślić

Załącznik: Informacje dodatkowe i oświadczenia

**Dane personalne wnioskodawcy- uzupełnienie**

PESEL \_\_\_\_\_ Płeć:  kobieta  mężczyzna

**Adres zamieszkania**

Miejscowość \_\_\_\_\_ Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_ Rodzaj miejscowości  miasto  wieś

Nr telefonu \_\_\_\_\_ Adres e-mail \_\_\_\_\_

**Adres korespondencyjny**  Taki sam jak adres zamieszkania

Miejscowość \_\_\_\_\_ Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_ Rodzaj miejscowości  miasto  wieś

**Opiekun na turnusie rehabilitacyjnym-** jeżeli lekarz wskazał konieczność pobytu opiekuna na turnusie

Imię i nazwisko opiekuna \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

Nr telefonu \_\_\_\_\_

Oświadczam, że wskazana przeze mnie osoba do pełnienia funkcji opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym:

jest osobą pełnoletnią, albo ukończyła 16 lat i zamieszkuje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym

podczas turnusu nie będzie pełniła funkcji członka kadry

nie jest osobą zaliczoną do znacznego stopnia niepełnosprawności (pierwszej grupy inwalidów/całkowicie niezdolną do pracy i samodzielnej egzystencji)

**Stopień niepełnosprawności**

Numer orzeczenia \_\_\_\_\_

**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

**Rodzaj niepełnosprawności**

- 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?) \_\_\_\_\_

Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest  bezterminowo  okresowo do dnia: \_\_\_\_\_**Informacje do oceny wniosku**

Otrzymane odmowy dofinansowania uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

 Tak (proszę podać rok/lata) \_\_\_\_\_  NieOświadczam, że uczę się (zaświadczenie o nauce przedkładam w załączeniu) i jednocześnie jestem osobą niepracującą do 24 roku życia  Tak  NieOświadczam, że pod wskazanym adresem zamieszkania mieszkam sam/a i samodzielnie, jednoosobowo prowadzę gospodarstwo domowe  Tak  Nie

Liczba osób niepełnosprawnych, które zamieszkują i prowadzą z wnioskodawcą wspólne gospodarstwo domowe \_\_\_\_\_

Opis sytuacji szczególnej wnioskodawcy niezwiązanej z pogorszeniem stanu zdrowia. Konieczne udokumentowanie i uzasadnienie negatywnego wpływu zaistniałego stanu rzeczy na integrację społeczną wnioskodawcy. (Zaistniałe w przeciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających moment złożenia wniosku, nie związane z pogorszeniem stanu zdrowia, szczególne zdarzenia losowe, czyli takie, które można uznać za nadzwyczajne, tzn. posiadające element wyjątkowości w życiu wnioskodawcy, stwarzające subiektywny, emocjonalny stan odczuwania izolacji społecznej i poczucia „odcięcia” od innych osób np.: śmierć osoby bliskiej- małżonka, dziecka, rodzica wspólnie zamieszkującego itp.; nabycie/pogłębienie niepełnosprawności w wyniku nagłego zdarzenia, wypadku mającego istotny wpływ na dezorganizację w obszarze funkcjonowania społecznego. Sytuacja szczególna podlega ocenie komisji rozpatrującej wnioski na podstawie dokumentów przedłożonych przez wnioskodawcę lub informacji od pracownika socjalnego zawartej w "Protokole z rozpoznania sytuacji osoby ubiegającej się o dofinansowanie ze środków PFRON")

Opis sytuacji szczególnej- jeżeli dotyczy \_\_\_\_\_

Czytelny podpis Wnioskodawcy lub pełnomocnika \_\_\_\_\_

**UWAGA!** Przed przyznaniem dofinansowania nie należy dokonywać rezerwacji turnusu. Po przyznaniu dofinansowania należy dostarczyć Informację o wyborze turnusu rehabilitacyjnego.

## Lista załączników wprowadzona w naborze

UWAGA! Do wniosku składanego w wersji papierowej należy załączyć kopie dokumentów, a oryginały przedstawić do wglądu. Do wniosku składanego w systemie elektronicznym PFRON należy dołączyć skany oryginałów dokumentów.

1. Orzeczenie o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie do celów rentowych.
2. Orzeczenia osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe z osobą, której wniosek dotyczy.
3. Aktualny wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.
4. Dokumenty potwierdzające uzyskane dochody we wspólnym gospodarstwie domowym: decyzja o waloryzacji renty/emerytury, zaświadczenie z zakładu pracy o dochodach netto za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, inne dokumenty potwierdzające źródło i wysokość dochodu.  
**UWAGA! Do dochodu nie wlicza się świadczenia pielęgnacyjnego, zasiłku i dodatku pielęgnacyjnego oraz zasiłków rodzinnych Średni miesięczny dochód pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych wraz ze składką na ubezpieczenie zdrowotne, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób oraz powiększony o kwotę otrzymywanych alimentów podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.**
5. Pełnomocnictwo notarialne- w sytuacji, gdy wnioskodawcę reprezentuje inna osoba.
6. Pełnomocnictwo do złożenia wniosku on-line w systemie informatycznym PFRON- wyłącznie przy wnioskach składanych w imieniu osoby niepełnosprawnej.
7. Zaświadczenie lub postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego- w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej.
8. Zaświadczenie lub kserokopia dokumentów potwierdzających obecnie realizowany poziom kształcenia- dotyczy osób w wieku 18-24 lata
9. Oświadczenie RODO.
10. Inne załączniki niezbędne do weryfikacji wniosku.

**Załącznik: Oświadczenie RODO. Klauzula informacyjna do wniosków o dofinansowanie ze środków PFRON:**

uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych, zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów, likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych. 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. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1, z późn. zm.), zwanego dalej „RODO”, informujemy, że: Administratorem danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, 81- 265 Gdynia, ul. Grabowo 2, tel./fax: 782-01-20, 782-01-21, 782-01-24, adres e-mail: [sekretariat@mopsgdynia.pl](mailto:sekretariat@mopsgdynia.pl) reprezentowany przez Dyrektora. We wszystkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, mają Państwo prawo kontaktować się z naszym inspektorem ochrony danych na adres e-mail: [iod@mopsgdynia.pl](mailto:iod@mopsgdynia.pl). Podane przez Panią/Pana dane osobowe przetwarzane są przez Administratora w celu rozpoznania złożonego wniosku oraz przyznania dofinansowania i jego rozliczenia przez PFRON. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest: **art. 6 ust. 1 lit. b RODO** tj. przetwarzanie jest niezbędne do przetwarzania danych osobowych, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy. **art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO** oraz w związku z art. 35a ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. W związku z przetwarzaniem danych odbiorcami danych osobowych mogą być: inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z MOPS przetwarzają dane osobowe, dla których administratorem jest MOPS, podmioty uprawnione do ujawnienia im danych na mocy przepisów prawa, PFRON, który przetwarza dane wnioskodawców w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji dofinansowań uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych, zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów, likwidacji barier architektonicznych, w komunikowaniu się i technicznych przez MOPS w Gdyni oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacji. Zgromadzone dane osobowe przechowywane są przez okres wynikający z przepisów prawa, w szczególności ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych i sporządzanej na ich podstawie Instrukcji kancelaryjnej obowiązującej u Administratora, a po jego zakończeniu zostaną niezwłocznie usunięte. Ma Pani/Pan prawo do: dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, uzyskania ich kopii, prawo do ograniczenia ich przetwarzania oraz prawo

wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00- 193 Warszawa, e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl). Ponadto ma Pan/Pani prawo do wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych, a administratorowi nie wolno już przetwarzać tych danych osobowych, chyba że wykaże on istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu ani nie będą przekazywane do państw trzecich w rozumieniu RODO. Podanie Pani/Pana danych osobowych, jest dobrowolne, jednak ich niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości realizacji dofinansowania ze środków PFRON.

**Czytelny podpis Wnioskodawcy lub pełnomocnika** \_\_\_\_\_