

**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  
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.

**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: .....

.....  
Data urodzenia: .....

ustanowiony przedstawicielem\* / opiekunem\* / pełnomocnikiem\*: .....

.....  
postanowieniem Sądu Rejonowego: .....

.....  
z dn. .... sygn. Akt\*: .....

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza\*: .....

.....  
z dn. .... repet. nr .....

.....  
data

.....  
podpis  
przedstawiciela ustawowego\*  
opiekuna prawnego\*  
pełnomocnika\*

---

\* niepotrzebne skreślić



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## Wniosek lekarski o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko Pacjenta .....

PESEL

Adres zamieszkania\* .....

### Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\*\*

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

.....

### Konieczność opieki osoby drugiej na turnusie rehabilitacyjnym\*\*

- NIE
- TAK – uzasadnienie .....

.....

### Uwagi:

.....

.....

.....  
data

.....  
podpis i pieczętka lekarza

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu  
\* \*\* właściwe zaznaczyć x

## ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.
2. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, w przypadku dzieci orzeczenie o niepełnosprawności.
3. Pełnomocnictwo pełnomocnika poświadczony przez notariusza - dotyczy osób niepełnosprawnych, które nie składają podpisu samodzielnie,
4. Postanowienie/zaświadczenie sądu o ustanowieniu opieki prawnej - dotyczy osób ubezwłasnowolnionych, które działają przez opiekuna prawnego.
5. Zaświadczenie o pobieraniu nauki (dotyczy młodzieży uczącej się i niepracującej w wieku od 16-24 lat).
6. Klauzula informacyjna.

## PROCEDURA UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM

1. Druk wniosku można pobrać w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie, ul. Marcinkowskiego 6, pokój nr 2 lub wydrukować ze strony internetowej [www.pcpr.powiatwolsztyn.pl](http://www.pcpr.powiatwolsztyn.pl) z zakładki: druki do pobrania. Wniosek można także składać on-line po założeniu konta w systemie SOW na platformie [sow.pfron.org.pl](http://sow.pfron.org.pl).
2. W przypadku składania wniosku w wersji papierowej wypełniony wniosek wraz z załącznikami (wymienione wyżej) należy złożyć w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie, natomiast w przypadku składania wniosku przez system SOW, wymagane załączniki należy zeskanować i wstawić do systemu. Wszelkie niezbędne informacje znajdują się na stronie [www.pfron.org.pl](http://www.pfron.org.pl) w zakładce: portal-sow.pfron.org.pl, który wyjaśnia sposób aplikowania o środki PFRON.
3. Osoba niepełnosprawna może ubiegać się o dofinansowanie ze środków Funduszu uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, jeżeli średni miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty:
  - 50 % przeciętnego wynagrodzenia na członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym,
  - 65 % przeciętnego wynagrodzenia, w przypadku osoby samotnej.
4. W przypadku przekroczenia kwot dochodu, o których mowa w pkt 3, kwotę dofinansowania pomniejsza się o kwotę, o którą ten dochód został przekroczony.
5. Wniosek niekompletny wymaga uzupełnienia w terminie 30 dni. Nieusunięcie braków w wyznaczonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.
6. Rozpatrywanie wniosków następuje po otrzymaniu informacji z PFRON o wysokości środków na dany rok oraz po podziale tych środków na zadania przez Radę Powiatu Wolsztyńskiego.
7. Wnioski rozpatrywane są w oparciu o obowiązujące zasady oraz Zarządzenie Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w sprawie przyznawania dofinansowania ze środków PFRON.
8. O przyznaniu lub o odmowie dofinansowania Wnioskodawca zostaje powiadomiony pisemnie.
9. PCPR w Wolsztynie nie zwraca kosztów turnusu rehabilitacyjnego, który odbędzie się przed przyznaniem dofinansowania.
10. Konsekwencje zarezerwowania miejsca na turnusie przed uzyskaniem dofinansowania ponosi wyłącznie Wnioskodawca.
11. Realizacja wniosku rozpatrzonego pozytywnie obejmuje:
  - a) dokonanie wyboru turnusu przez Wnioskodawcę (w terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania),
  - b) dostarczenie przez Wnioskodawcę do PCPR wypełnionej informacji o wyborze turnusu, nie później jednak niż na 21 dni przed dniem rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego,
  - c) weryfikację dokonanego wyboru turnusu przez pracownika działu ds. osób niepełnosprawnych poprzez sprawdzenie: czy wybrany ośrodek i organizator posiadają odpowiedni wpis do rejestru ośrodków i organizatorów obejmujący okres trwania turnusu wybranego przez osobę niepełnosprawną, czy ośrodek, w którym odbędzie się turnus jest uprawniony do przyjmowania osób niepełnosprawnych z określonymi w orzeczeniu lub we wniosku lekarskim dysfunkcjami lub schorzeniami,
  - d) przesłanie przez Wnioskodawcę do organizatora turnusu informacji o przyznaniu dofinansowania ze środków PFRON,
  - e) przekazanie przez PCPR przyznanego Wnioskodawcy dofinansowania na rachunek organizatora w terminie 7 dni od dnia otrzymania oświadczenia od organizatora, jednak nie później niż na 7 dni przed dniem rozpoczęcia tego turnusu,
  - f) rozliczenie przekazanego dofinansowania na podstawie faktury oraz informacji o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego.

12. W przypadku wyczerpania się limitu środków na zadanie w danym roku kalendarzowym, wnioski załatwione odmownie nie przechodzą do realizacji na rok następny.
13. Wszelkie zmiany we wniosku, jak i rezygnację należy zgłosić do PCPR w ciągu 14 dni.
14. W przypadku zgonu Wnioskodawcy po złożeniu wniosku, w trakcie realizacji bądź po jego rozpatrzeniu, a także po pozyskaniu informacji o zgonie Wnioskodawcy, przyznane dofinansowanie nie zostanie wypłacone.

## KLAUZULA INFORMACYJNA

### Treść klauzuli

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. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie, ul. Marcinkowskiego 6, 64-200 Wolsztyn,
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – Marcin Kosicki [iod@presstu.pl](mailto:iod@presstu.pl),
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań urzędu - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a i c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust. 1 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2020 r., poz. 920), Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r., poz. 1876), Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2020 r., poz. 821), Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 869), Ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1282), Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r., poz. 426 z późn. zm.),
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 w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną,
6. posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie,
7. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,
8. podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2020 r., poz. 920), Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2020 r., poz. 1876), Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2020 r., poz. 821), Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 869), Ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych (Dz. U. z 2019, poz. 1282), Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r., poz. 426 z późn. zm.) jest obligatoryjne, w pozostałych przypadkach dobrowolne.

.....  
data

.....  
czytelny podpis