

# 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 .....  
Telefon kontaktowy .....

## 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.

\*\* 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: .....

.....

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 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

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą przy ul. Dworna 23B, 18-400 Łomża, jako administrator Państwa danych osobowych na podst. art. 13 rozporządzenia nr 2016/679 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27.04.2016 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 (zwanego dalej RODO) informuje, że:

Przetwarzanie Państwa danych osobowych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Łomży, odbywać się będzie:

- 1) gdy, przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO),
- 2) w przypadku udzielenia przez osobę, której dane dotyczą, zgody na przetwarzanie danych osobowych ( na podstawie art.6 ust. 1 lit. a RODO),
- 3) w przypadku niezbędności do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy ( na podstawie art.6 ust. 1 lit. b RODO),
- 4) w przypadku, gdy przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi ( na podstawie art.6 ust. 1 lit e RODO),
- 5) w przypadku, gdy przetwarzanie jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby fizycznej ( na podstawie art.6 ust. 1 lit. d RODO).
- 6) W zakresie przetwarzania Państwa danych osobowych mają Państwo prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
- 7) Mają Państwo prawo do żądania od Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łomży:
  - dostępu do swoich danych osobowych (na zasadach określonych w art. 15 RODO);
  - sprostowania Państwa danych osobowych (na zasadach określonych w art. 16 RODO);
  - usunięcia Państwa danych osobowych (na zasadach określonych w art. 17 RODO).
- 8) Jeżeli przetwarzanie Państwa danych osobowych następuje na podstawie Państwa zgody, mają Państwa prawo do cofnięcia w dowolnym momencie tej zgody. Cofnięcie zgody nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego Ośrodek dokonywał na podstawie złożonej przez Państwa zgody, do momentu jej wycofania.
- 9) Konsekwencją niepodania przez Państwa danych osobowych będzie brak możliwości świadczenia przez Ośrodek usługi, o którą się Państwo staracie.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych:: Inspektor Ochrony Danych - Wiesław Wieczorek tel. 86 216 4260 wew. 25, ul. Dworna 23B, 18-400 Łomża lub [wwieczorek@mopslomza.pl](mailto:wwieczorek@mopslomza.pl)

Niniejsza informacja ma charakter ogólny. Szczegółowa informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych oraz przysługujących Państwu w związku z tym praw, stanowiąca realizację obowiązku informacyjnego administratora, o którym mowa w art. 13 RODO, zostanie Państwu przekazana każdorazowo w związku z załatwieniem konkretnej sprawy.

.....  
(data i podpis klienta)

## **Informacja dotycząca ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

Wnioski o dofinansowanie do uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych można składać **w formie elektronicznej** w Systemie SOW pod adresem [sow.pfron.org.pl](http://sow.pfron.org.pl) lub w formie papierowej w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej – Biurze Zatrudnienia i Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w Łomży, ul. Dworna 23 B, 18-400 Łomża tel. (86) 216 74 16.

### **Osoba niepełnosprawna może ubiegać się o dofinansowanie pod warunkiem, że:**

1. została skierowana na turnus na wniosek lekarza, pod którego opieką się znajduje,
2. posiada ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności,
3. w roku, w którym ubiega się o dofinansowanie, nie uzyskała na ten cel dofinansowania ze środków PFRON,
4. weźmie udział w turnusie, który odbędzie się w ośrodku wpisanym do rejestru ośrodków, prowadzonego przez wojewodę, albo poza takim ośrodkiem, w przypadku gdy turnus jest organizowany w formie niestacjonarnej (do sprawdzenia na portalu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej: <https://empatia.mpips.gov.pl>),
5. wybierze organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusów (do sprawdzenia na portalu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej: <https://empatia.mpips.gov.pl>),
6. będzie uczestniczyła w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybrała,
7. w przypadku turnusu, którego program przewiduje także zabiegi fizjoterapeutyczne, przedstawi podczas pierwszego badania lekarskiego na turnusie, zaświadczenie lekarskie o aktualnym stanie zdrowia, w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach (druk – informacja o stanie zdrowia).
8. nie będzie pełniła funkcji członka kadry na tym turnusie, ani nie będzie opiekunem innego uczestnika tego turnusu,
9. złoży oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, przy czym obliczony dochód nie przekroczy kwoty:
  - 50 % przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,
  - 65 % przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.

**Osobie niepełnosprawnej o znacznym lub umiarkowanym** stopniu niepełnosprawności albo równoważnym oraz osobie niepełnosprawnej w wieku do 16 lat może być przyznane dofinansowanie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym **jej opiekuna**, pod warunkiem że:

1. lekarz we wniosku o skierowanie na turnus rehabilitacyjny wyraźnie wskaże konieczności pobytu opiekuna wraz z uzasadnieniem,
2. **opiekun:**
  - **nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,**
  - **nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,**
  - **ukończył 18 lat albo ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.**

### **Wymagane dokumenty przy ubieganiu się o dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego:**

1. Wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym
2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny wypełniony przez lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna, sporządzony nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku
3. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
4. Zaświadczenie ze szkoły o kontynuowaniu nauki (dotyczy młodzieży uczącej się i niepracującej w wieku 16-24 lat)

### **Podstawa prawna:**

- Ustawa z dn. 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych /Dz.U. z 2021 r., poz. 573 z późn zm./
- Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dn. 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych /Dz.U. 2007 nr 230 poz. 1694 z późn zm./.