

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 .....  
Telefon ..... adres e-mail:.....  
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                    ...                    .....
- 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)  
wnioskodawcy)

.....  
(czytelny podpis

\* 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: .....

Telefon.....

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

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 \*\*

- e) dysfunkcja narządu ruchu
- f) osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
  - | dysfunkcja narządu słuchu
  - | upośledzenia umysłowe
  - | dysfunkcja narządu wzroku

- choroba psychiczna
- schorzenie układu krążenia
- padaczka
- inne (jakie)  
.....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym:

Nie

Tak – uzasadnienie:

.....  
.....  
.....

Uwagi:

.....  
.....  
.....  
.....

\*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\*Właściwe zaznaczyć

.....  
( data )

.....  
( pieczęć i podpis lekarza )



## INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

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

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

.....

**PESEL albo numer dokumentu tożsamości** .....

**Adres zamieszkania\*** .....

.....

Rodzaj turnusu

Usprawniająco – rekreacyjny

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 ubezpieczeniu społecznym rolników.***

.....

(data)

(czytelny podpis wnioskodawcy)

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

**SYTUACJA SPOŁECZNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ I JEJ POTRZEBY  
W ROZWIJANIU UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH**

**Dane osobowe:**

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania lub pobytu .....

Nr telefonu .....

**Sytuacja zdrowotna:**

Stopień niepełnosprawności .....

Rodzaj niepełnosprawności .....

**Sytuacja rodzinna:**

Stan cywilny .....

Liczba osób pozostająca we wspólnym gospodarstwie domowym .....

Uczeń, student, osoba pracująca, bezrobotna, rencista, emeryt (odpowiednie podkreślić)

**1. Stopień samodzielnego funkcjonowania na poziomie społecznym i zgłaszane potrzeby w tym zakresie:**

| Komunikowanie się (między innymi nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów z innymi osobami)

samodzielnie

z pomocą

Jeżeli z pomocą to proszę napisać w jakim zakresie: .....

.....

.....

| Zaradność życiowa (rozwiązywanie codziennych problemów, podejmowanie decyzji dotyczących własnej osoby, załatwianie różnych spraw między innymi urzędowych)

samodzielnie

z pomocą

Jeżeli z pomocą to proszę napisać w jakim zakresie: .....

.....

.....

.....  
(data).....  
(podpis Wnioskodawcy)

## Klauzula Informacyjna

w związku z czynnościami rejestracji oraz wprowadzenia danych osobowych z wniosku do Systemu Obsługi Wsparcia „SOW” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych „PFRON” dostępnego pod adresem <https://sow.pfron.org.pl/>

### 1. Administratorami Pani/Pana danych osobowych są:

- Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zamościu, ul. Przemysłowa 4, 22-400 Zamość, telefon: 84 53 00 942 w zakresie czynności wprowadzenia danych osobowych na podstawie złożonego wniosku do Systemu Obsługi Wsparcia „SOW” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych „PFRON” dostępnego pod adresem <https://sow.pfron.org.pl/>
- PFRON al. Jana Pawła II, 00-828 Warszawa – w zakresie przechowywania oraz dalszego procedowania danych zawartych w przedmiotowym wniosku.

### 2. Inspektor Ochrony Danych

W sprawach ochrony Pani/Pana danych można kontaktować się z wyznaczonym Inspektorem Ochrony Danych PCPR pod adresem: e-mail [iodo@pcpr-zamosc.cor.pl](mailto:iodo@pcpr-zamosc.cor.pl) pod numerem telefonu 604068480 lub pisemnie na adres siedziby PCPR.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych powołanego w PFRON: adres poczty elektronicznej [iod@pfron.org.pl](mailto:iod@pfron.org.pl), adres: al. Jana Pawła II, 00-828 Warszawa

### 3. Ogólne cele i podstawy przetwarzania

Administrator PCPR będzie przetwarzał Pani/Pana dane osobowe w celach czynności rejestracji oraz wprowadzenia danych osobowych z wniosku do Systemu Obsługi Wsparcia „SOW” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych „PFRON” dostępnego pod adresem <https://sow.pfron.org.pl/> na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a RODO. Pozostałe czynności prawne realizowane w systemie SOW realizowane są w oparciu o podstawy prawne wskazane przez PFRON w Regulaminie systemu SOW dostępnego pod adresem:

[https://portal-sow.pfron.org.pl/opencms/export/sites/pfron-sow/sow/res/pliki/Regulamin\\_SOW.pdf](https://portal-sow.pfron.org.pl/opencms/export/sites/pfron-sow/sow/res/pliki/Regulamin_SOW.pdf)

### 4. Odbiorcy danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane:

- podmiotom, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej z administratorem umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych m.in. firmom informatycznym, hostingowym, prawniczym, audytorskim, firmom zajmującym się ochroną danych osobowych,
- oprócz tego możemy zostać zobowiązani np. na podstawie przepisu prawa do udostępnienia Pana/Pani danych osobowych podmiotom prywatnym i publicznym

### 5. Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane w celach archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny wynikający z przepisów dotyczących archiwizowania dokumentów obowiązujących u Administratora (Rzeczowy Wykaz Akt), w przypadku przetwarzania na podstawie zgody do czasu zrealizowania celu lub jej odwołania.

### 6. Posiada Pani/Pan prawo do;

- dostępu do treści swoich danych na podstawie art. 15 RODO przy czym:
- żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe;
- żądania usunięcia danych na podstawie art. 17 RODO (z zastrzeżeniem ust 3 lit b i e);
- ograniczenia przetwarzania na podstawie art. 18 RODO
- prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

### 7. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych

Podanie danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne do rozpatrzenia wniosku

### 8. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pani/Pana dane nie będą podlegały profilowaniu.

.....  
*data i podpis osoby zapoznającej się z klauzulą informacyjną*