

Data wpływu:

## 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 .....Data urodzenia .....

Adres zamieszkania \* .....

Numer telefonu .....e-mail.....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym: od dnia .....2023r. do dnia .....2023r.

### POSIADANE ORZECZENIE \*\*

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| a) o stopniu niepełnosprawności  | <input type="checkbox"/> <b>znacznym</b> | <input type="checkbox"/> <b>umiarkowanym</b> | <input type="checkbox"/> <b>lekkim</b> |
| b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów   | <input type="checkbox"/> <b>I</b>        | <input type="checkbox"/> <b>II</b>           | <input type="checkbox"/> <b>III</b>    |
| c) <input type="checkbox"/> o całkowitej <input type="checkbox"/> o częściowej niezdolności do pracy |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym                              |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> o niezdolności do samodzielnej egzystencji                                  |  |  |  |
| d) <input type="checkbox"/> 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

Jestem osobą w wieku 16-24 lat uczącą się i niepracującą \*\*  Tak (wymagane zaświadczenie)  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 .....

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.\*\*\* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a 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).

Zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

.....  
(data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć.

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

---

## 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\*:

.....

zn. .... repet. Nr .....

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

---

*\* niepotrzebne skreślić*

## LISTA WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW

1. Kopia orzeczenia lub wypis z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych [Dz.U.2021.573 t.j. z późn. zm.], 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 wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.
2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny. **Załącznik nr 1**
3. Zaświadczenie ze szkoły lub z uczelni w przypadku osób niepełnosprawnych w wieku 16-24 lat uczących się i niepracujących.
4. Kopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym w przypadku wniosku dot. osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny/pełnomocnik.
5. Oświadczenie opiekuna osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym, jeśli lekarz uzna pobyt opiekuna za konieczność. **Załącznik nr 2**
6. Klauzula Informacyjna dla Klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lesku. **Załącznik nr 3**

Podstawa prawna:

Rozporządzenie MPiPS z dnia 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych [Dz. U. 2007. 230.1694 z późn. zm.] Ustawa z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych [Dz.U.2022.615 t.j. z późn. zm.]

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub  
gabinetu lekarskiego

**WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY**  
( WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE W JĘZYKU POLSKIM )

Imię i nazwisko .....

PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania\* .....

**Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\*\*:**

- 
- dysfunkcja narządu ruchu
  - osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
  - upośledzenie umysłowe
  - dysfunkcja narządu wzroku
  - padaczka
  - choroba psychiczna
  - schorzenia układu krążenia
  - inne (jakie?) .....
- 

**Konieczność pobytu opiekuna na turnusie\*\*:**

- Nie
- Tak – uzasadnienie

.....

.....

**Uwagi:**

.....

.....

.....  
data

.....  
pieczęćka i podpis lekarza

---

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

**DANE OPIEKUNA: (jeśli dotyczy)**



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

PESEL: .....

Data urodzenia: .....

Numer telefonu: .....

Adres e-mail: .....

**Oświadczenie opiekuna**

W związku z funkcją opiekuna, jaką będę pełnił na turnusie wobec osoby niepełnosprawnej:

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

oświadczam, że:

1. nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
2. nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
3. jestem osobą pełnoletnią\* lub
4. ukończyłam/em 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej\*
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych oraz zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 w/w rozporządzenia.

miejsowość, dnia .....

.....  
(podpis opiekuna)

\* właściwie zaznaczyć