

**Wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu  
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**  
(Wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzic bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej .....

PESEL albo nr dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania\* .....

Data urodzenia .....

Telefon kontaktowy ..... adres e-mail .....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym od ..... do .....

**POSIADANE ORZECZENIE\*\***

- a) o stopniu niepełnosprawności       znacznym     umiarkowanym     lekkim  
numer orzeczenia: .....
- 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 osób 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 na turnusie)

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym 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)

**Wymagany do wniosku załącznik:**

Uwierzytelniona przez uprawniony organ, kopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności (lub inny równoważny dokument) lub kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności (lub inny równoważny dokument) pod warunkiem przedstawienia jego oryginału przy składaniu wniosku.

\* 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 nr dokumentu tożsamości .....

Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

.....

Numer telefonu .....

Adres e-mail: .....

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

.....

postanowieniem Sądu: .....

.....

z dnia ..... sygn. Akt .....

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

.....

z dnia ..... repet. nr .....

.....  
data

.....  
podpis  
przedstawiciela ustawowego\*, opiekuna prawnego\*,  
lub 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:\*\*

dysfunkcja narządu ruchu  upośledzenie umysłowe

osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim  choroba psychiczna

dysfunkcja narządu wzroku  padaczka

dysfunkcja narządu słuchu

schorzenia układu krążenia

inne (jakie?) .....

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

Nie

Tak - uzasadnienie .....

.....

.....

.....

#### Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu  
\*\* Właściwie zaznaczyć

## Oświadczenia Wnioskodawcy

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

1. Świadoma/y odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. *kodeks karny* oświadczam, że dane umieszczone we wniosku oraz załącznikach są zgodne z prawdą.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zamieszczonych w niniejszym wniosku zgodnie z art. 4 pkt 11, art. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) w zakresie:
  - numer telefonu,
  - adres e-mail.
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się z KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH dla osób wnioskujących o dofinansowania i korzystających ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią i znam przysługujące mi prawa dotyczące przetwarzania moich danych osobowych.
4. Zobowiązuję się do pisemnego poinformowania Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nakle nad Notecią o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku w terminie 14 dni od zmiany.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy)