



## Oświadczenie

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Tychach informuje, że wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do turnusu rehabilitacyjnego w 2019 roku może zostać rozpatrzony w terminie dłuższym niż 30 dni, jednak nie później niż do dnia 30 maja 2019 roku, z powodu oczekiwania na wpływ i podział środków budżetowych przeznaczonych dla Miasta Tychy na realizację zadań określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na rozpatrzenie wniosku w powyższym terminie.

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

### **INFORMACJA W SPRAWIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

*1.Administratorem danych osobowych ujawnionych w formularzu jest: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej ul. Budowlanych 59, 43-100 Tychy.*

*2.Przetwarzanie podanych przez Panią/Pana danych odbywa się w związku z realizacją zadań określonych przepisami prawa, w szczególności na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.*

*3.Dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa.*

*4.Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści podanych przez Panią/Pana danych osobowych oraz prawo ich sprostowania.*

*5.Podanie danych jest obowiązkowe. Obowiązek ich podania jest wymogiem ustawowym. Jeżeli nie poda Pani/Pan wymaganych danych nie będziemy mogli zrealizować zadania ustawowego.*

*6.Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych znajduje się na stronie internetowej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej pod adresem: [www.mops.tychy.pl](http://www.mops.tychy.pl) oraz w siedzibie Ośrodka.*

*Zapoznałem się z klauzulą informacyjną.*

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres (miejsce pobytu\*) .....

.....

### Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\*\*

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

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

- Nie
- Tak – uzasadnienie .....

.....

Uzasadnienie wyjazdu na turnus rehabilitacyjny, uwagi (turnus rehabilitacyjny nie obejmuje rehabilitacji leczniczej!)

.....

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

**Uwaga! Wniosek lekarski o skierowanie na turnus rehabilitacyjny ważny 1 miesiąc od daty wystawienia.**

\* W przypadku osoby bezdomnej należy wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć.