



...../RSTUR/2026

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym w 2026 roku
(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwiskoPESEL.....

e-mail: Data urodzenia

Adres zamieszkania/ miejsce pobytu: 43-100 Tychy, ul.....

Numer telefonu Planowany termin turnusu (data)

POSIADANE ORZECZENIE (zaznaczyć tylko jedno):

a) o stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> znacznym	<input type="checkbox"/> umiarkowanym	<input type="checkbox"/> lekkim
b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III
c) o niezdolności do pracy:	<input type="checkbox"/> całkowitej	<input type="checkbox"/> częściowej	<input type="checkbox"/> o niezdol. do samodzielnej egzystencji
d) <input type="checkbox"/> o niepełnosprawności osoby do 16. roku życia	<input type="checkbox"/> o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym		

Orzeczenie ważne: bezterminowo/ okresowo do

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał roku poprzedzający miesiąc składania wniosku wynosił zł.

(Należy brać pod uwagę wszystkie dochody w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, uzyskiwane przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku)

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

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* (wypełniają osoby w wieku 16-24 lata): uczącą się pracującą uczącą się nie pracującą

Imię i nazwisko opiekuna oraz data urodzenia: (jeśli został zalecony przez lekarza).....

Oświadczam, iż osoba pełniąca rolę opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby oraz nie będzie pełniła funkcji członka kadry na turnusie.

Oświadczenia:

1. Powyższe dane są zgodne z prawdą oraz jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych danych. Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnej „Informacji o stanie zdrowia”.
2. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

3. Nie posiadam zaległości wobec PFRON.

4. W ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłem/-łam stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

5. Przyjmuję do wiadomości, że wniosek złożony przed dniem podjęcia uchwały Rady Miasta w sprawie wykorzystania środków PFRON zostanie rozpatrzony do 30 dni po podjęciu wyżej wymienionej uchwały.

6. Zapoznałam(em) się z klauzulą RODO.

.....
(data)

.....
czytelny podpis wnioskodawcy
(rodzica/opiekuna prawnego)

Załączniki:

1. Kopia ważnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego.

2. Aktualne zaświadczenie lekarskie (druk w załączeniu).

3. Kopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym lub pełnomocnictwo notarialne - jeśli dotyczy.

.....
data i podpis pracownika

** Właściwe zaznaczyć.*

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*

KLAUZULA INFORMACYJNA W SPRAWIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

W związku z realizacją wymogów określonych w art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Państwa danych osobowych oraz o przysługujących Państwu prawach z tym związanych.

ADMINISTRATOR DANYCH

Administratorem Państwa danych osobowych jest: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej ul. Budowlanych 59, 43-100 Tychy;

INSPEKTOR OCHRONY DANYCH

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach związanych z ochroną danych osobowych w następujący sposób:

- pod adresem poczty elektronicznej: iod@mops.tychy.pl
- pisemnie na adres siedziby Administratora: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Budowlanych 59, 43-100 Tychy;

PODSTAWA PRAWNA I CELE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. a, b, c i e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g i f RODO.

ODBIORCY DANYCH OSOBOWYCH

Dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa, w tym w szczególności do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą przy ul. Al. Jana Pawła II, 13 00-828 w Warszawie. Dopuszcza się przekazywanie danych podmiotom świadczącym asystę/wsparcie techniczne dla systemów informatycznych i teleinformatycznych, w których są przetwarzane Państwa dane osobowe.

OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH OSOBOWYCH

Państwa dane osobowe będą przechowywane jedynie w okresie niezbędnym do spełnienia celu, dla którego zostały zebrane lub w okresie wskazanym przepisami prawa.

Po spełnieniu celu, dla którego Państwa dane zostały zebrane, mogą one być przechowywane jedynie w celach archiwalnych, przez okres wyznaczony na podstawie przepisów szczególnych.

PRAWA OSÓB, KTÓRYCH DANE DOTYCZĄ, W TYM DOSTĘPU DO DANYCH OSOBOWYCH

Na zasadach określonych przepisami RODO posiadają Państwo prawo żądania od administratora:

- dostępu do treści swoich danych osobowych
- sprostowania (poprawienia) swoich danych osobowych
- usunięcia swoich danych osobowych
- ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych
- przenoszenia swoich danych osobowych

a ponadto, posiada Pani/Pan prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych osobowych.

OBOWIĄZEK PODANIA DANYCH

Podanie przez Państwa danych jest wymogiem ustawowym, niezbędnym do realizacji celu. Nie podanie danych może skutkować odmową przyznania wnioskowanych świadczeń.

ZAUTOMATYZOWANE PODEJMOWANIE DECYZJI, PROFILOWANIE

Państwa dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

PRZEKAZYWANIE DANYCH POZA EUROPEJSKI OBSZAR GOSPODARCZY

Administrator nie będzie przekazywał danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.

.....
Pieczeńć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania (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.

* Właściwie zaznaczyć.