

<b>Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Wojska Polskiego 78 26-700 Zwoleń</b>	Data wpływu wniosku do PCPR, pieczęć PCPR i podpis pracownika	Numer sprawy <b>DRS.700.....202....</b> Numer wniosku SOW DRS.700.....202....
--	---	--

**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 .....

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  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 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)

.....  
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwie 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: .....

.....

Numer telefonu: .....

Adres email: .....

Data urodzenia: .....

ustanowiony przedstawicielem\* / opiekunem\* / pełnomocnikiem\*:

.....

postanowieniem Sądu: .....

.....

z dn. .... sygn. Akt\*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza\*:

.....

z dn. .... repet. nr .....

.....

.....  
*data*

.....  
*(podpis  
przedstawiciela ustawowego\*  
opiekuna prawnego\*  
pełnomocnika\*)*

**INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE DO WNIOSKU**  
**dane kontaktowe osoby niepełnosprawnej**

Numer telefonu: .....

Adres email: .....

.....

.....  
*(data)*

.....  
*(podpis)*

**Załączniki:**

1. Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności/o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne – oryginał do wglądu.
2. Dokument potwierdzający prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej, w przypadku składania wniosku przez opiekuna prawnego, pełnomocnika.
3. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny (ważny do końca roku kalendarzowego, w którym został wystawiony).
4. Oświadczenia Wnioskodawcy.
5. Karta oceny punktowej.
6. Zaświadczenie o pobieraniu nauki lub ksero aktualnej legitymacji szkolnej lub indeksu itp. – oryginał do wglądu (dotyczy osób uczących się i niepracujących pomiędzy 16 a 24 rokiem życia).

\* niepotrzebne skreślić

## Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

- 1) a/Administratorem Państwa danych jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) z siedzibą w Warszawie (00-828) przy ulicy Jana Pawła II 13, tel.: 22/5055500, email kancelaria@pfron.org.pl  
b/Administratorem Państwa danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleń (ul. Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwoleń, telefon kontaktowy: (48 6763623) email.: pcpr@zwolepowiat.pl
- 2) a/Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: iod@pfron.org.pl lub pisemnie pod adres Administratora.  
b/ Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie pod adres Administratora.
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu dofinansowania ze środków RFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, tj. gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust 2 lit h RODO) w zw. z Ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r., o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wraz z rozporządzeniami.  
W przypadku dobrowolnego udostępniania przez Państwa danych osobowych innych niż wynikające z obowiązku prawnego, podstawę legalizującą ich przetwarzanie stanowi wyrażona zgoda na przetwarzanie swoich danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO). Udostępnione dobrowolnie dane będą przetwarzane w celach kontaktowych.
- 4) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych tj. 5 lat. Natomiast z przypadku danych podanych dobrowolnie – co do zasady do czasu wycofania przez Państwa zgody na ich przetwarzanie.
- 5) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
- 6) Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
- 7) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
  - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
  - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
  - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
  - d) prawo do usunięcia danych określone w przepisach prawa;
  - e) w przypadku gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) - prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
  - f) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
- 8) Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3. Nieprzekazanie danych udostępnianych dobrowolnie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie sprawy.
- 9) Państwa dane osobowe będą ujawniane osobom działającym z upoważnienia Administratora, mającym dostęp do danych osobowych i przetwarzającym je wyłącznie na polecenie Administratora, chyba że wymaga tego prawo UE lub prawo państwa członkowskiego. Państwa dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, tj. usługodawcom wykonującym usługi serwisu systemów informatycznych( SOW), podmiotom zapewniającym ochronę danych osobowych i bezpieczeństwo IT, dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom usług informatycznych w zakresie systemów księgowo-ewidencyjnych, usługodawcom z zakresu księgowości oraz doradztwa prawnego, dostawcy usług hostingu poczty mailowej w przypadku korespondencji prowadzonej drogą mailową. Dane osobowe mogą być przekazywane do organów publicznych i urzędów państwowych lub innych podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa lub wykonujących zadania realizowane w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej do celów ewidencyjnych, weryfikacyjnych, kontrolnych i audytowych.



## OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

1. Upředzony/upředzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Przepisy wprowadzające Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku i załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Klauzuli informacyjnej (RODO).
3. Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych Systemu Obsługi Wsparcia (SOW) dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu, ul. Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwoleń dla potrzeb wynikających z realizacji zadania związanego z dofinansowaniem ze środków PFRON, zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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 (Dz.U.UE.L. z 2016 r. Nr 119, s.1 ze zm.).
5. Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
6. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu 3 lat przez złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.
7. Oświadczam, że nie ubiegam się i nie będę się ubiegał/a w roku bieżącym odrębnym wnioskiem o dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON za pośrednictwem innego realizatora na terenie innego samorządu powiatowego.
8. Oświadczam, że poinformowano mnie, że w przypadku gdy Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu poweźmie wątpliwość odnośnie do podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, wzywa wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.
9. W terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania, nie później jednak niż 21 dni przed dniem rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego prześlę do siedziby PCPR Zwoleń „Informację o wyborze turnusu rehabilitacyjnego.” Nietrzymanie w/w terminu może zostać potraktowane jako rezygnacja z przyznanego dofinansowania.
10. Zostałem/łam poinformowany/a, że czas trwania turnusu wynosi co najmniej 14 dni.
11. Zobowiązuję się wykorzystać przyznane dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego w roku bieżącym, w czasie ważności orzeczenia stwierdzającego niepełnosprawność (w przypadku orzeczeń czasowych).
12. W przypadku rezygnacji z przyznanego dofinansowania niezwłocznie poinformuję na piśmie o tym fakcie PCPR Zwoleń.
13. Zostałem/łam poinformowany/a, iż dofinansowanie uczestnictwa osoby niepełnosprawnej w turnusie rehabilitacyjnym może być wykorzystane jedynie przez osobę, której zostało przyznane.
14. Zostałem/łam poinformowany/a, że wybrany przeze mnie ośrodek i organizator turnusu rehabilitacyjnego powinny posiadać wpis do rejestru ośrodków i organizatorów prowadzonego przez wojewodę, obejmujący okres trwania turnusu, oraz powinny być uprawnione do przyjmowania osób niepełnosprawnych z określonymi w orzeczeniu i/lub we wniosku lekarskim dysfunkcjami i/lub schorzeniami.
15. Ponoszę ryzyko rezerwacji miejsca turnusowego, której dokonam przed datą przyznania dofinansowania, lub niezgodnej z wymaganiami odnośnie posiadanych uprawnień organizatora i ośrodka, na konkretne schorzenia i dysfunkcje.
16. Zostałem/łam poinformowany/a, że dokonanie wpłaty zaliczki w celu rezerwacji turnusu rehabilitacyjnego nie jest podstawą przyznania dofinansowania do uczestnictwa w turnusie.
17. Poinformowano mnie, iż nie ma możliwości refundacji turnusu rehabilitacyjnego, który rozpoczął się przed datą przyznania dofinansowania.
18. Zostałem/łam poinformowany/a, że do wniosku należy dołączyć tylko 1 ważne orzeczenie o niepełnosprawności albo orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne (w przypadku posiadania kilku orzeczeń).
19. Zostałem/łam poinformowany/a, że wniosek będzie podlegał punktowej ocenie społecznej na podstawie karty oceny punktowej stanowiącej załącznik do wniosku i zostanie wpisany na listę rankingową. W terminie 30 dni od dnia podjęcia przez Radę Powiatu w Zwoleniu uchwały w sprawie określenia zadań i wysokości środków PFRON przeznaczonych na realizację zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudniania

osób niepełnosprawnych w Powiecie Zwoleńskim w 2024 roku, lecz nie później niż do dnia 30.04.2024 r., PCPR w Zwoleniu przeprowadzi procedurę rozpatrywania wniosków i przyznawania dofinansowań do wniosków, które wpłynęły do jednostki do dnia poprzedniego włącznie. Dofinansowaniem będą objęte wnioski w kolejności od największej do najmniejszej liczby punktów. W przypadku uzyskania takiej samej ilości punktów przez kilku wnioskodawców, pierwszeństwo w uzyskaniu dofinansowania będą miały osoby z niepełnosprawnościami, które posiadają orzeczenie o zaliczeniu do znacznego i umiarkowanego stopnia niepełnosprawności albo równoważne, osoby niepełnosprawne w wieku do 16 lat albo w wieku do 24 lat uczące się i niepracujące bez względu na stopień niepełnosprawności, a następnie o przyznaniu dofinansowania będzie decydowała kolejność wpływu wniosku do PCPR w Zwoleniu.

20. Poinformowano mnie, że w przypadku złożenia wniosku w terminie późniejszym, niż wskazany w punkcie 19 (tj. po pierwszym terminie przyznawania dofinansowań), mój wniosek będzie oceniony na podstawie karty oceny punktowej stanowiącej załącznik do wniosku, zostanie wpisany na listę rankingową i rozpatrzony w terminie 30 dni od daty wpływu do PCPR w Zwoleniu. W przypadku posiadania przez PCPR w Zwoleniu wolnych środków na realizację zadania, wnioski będą dofinansowane zgodnie z zasadami opisanymi w punkcie 19. W przypadku braku wniosków na liście rankingowej oraz posiadania wolnych środków na realizację zadania, dofinansowanie będzie udzielane zgodnie z kolejnością wpływu wniosków.
21. Zostałem/łam poinformowany/a, że PCPR w Zwoleniu w terminie 7 dni od dnia rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie do turnusu powiadomi mnie w formie pisemnej o sposobie jego rozpatrzenia.
22. Oświadczam, że osoba niepełnosprawna, której dotyczy wniosek jest osobą w wieku 16-24 lata uczącą się i niepracującą:  TAK  NIE.

.....  
*data*

.....  
*czytelny podpis Wnioskodawcy\**  
*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\*\*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu                   | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim |  |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku                  | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe     |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna                         | <input type="checkbox"/> padaczka                  |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia                 | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....       |

### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
- TAK – uzasadnienie .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

### Uwagi:

.....

.....

.....

.....

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć.

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)





**KARTA OCENY PUNKTOWEJ**

(Wypełnia PCPR)

**Wniosek numer DRS.700.....202...**

Osoba z niepełnosprawnością, której dotyczy wniosek .....

*(imię i nazwisko)*

<b>KRYTERIUM</b>	<b>DECYZJA</b>	<b>PRYZNANE PUNKTY</b>
Osoby <b>do 16 roku życia</b> posiadające orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> spełnia (10 pkt) <input type="checkbox"/> nie spełnia (0 pkt)	
Stopień niepełnosprawności: <b>znaczny</b> lub równoważny	<input type="checkbox"/> spełnia (10 pkt) <input type="checkbox"/> nie spełnia (0 pkt)	
Stopień niepełnosprawności: <b>umiarkowany</b> lub równoważny	<input type="checkbox"/> spełnia (8 pkt) <input type="checkbox"/> nie spełnia (0 pkt)	
Stopień niepełnosprawności: <b>lekki</b> lub równoważny	<input type="checkbox"/> spełnia (4 pkt) <input type="checkbox"/> nie spełnia (0 pkt)	
Dziecko lub osoba ucząca się do 24 roku życia (należy dołączyć zaświadczenie ze szkoły lub kopię legitymacji szkolnej itp.)	<input type="checkbox"/> spełnia (3 pkt) <input type="checkbox"/> nie spełnia (0 pkt)	
Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim (zgodnie z wnioskiem lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny)	<input type="checkbox"/> spełnia (3 pkt) <input type="checkbox"/> nie spełnia (0 pkt)	
Niepełnosprawność sprzężona (potwierdzona orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności – występowanie co najmniej 2 symboli lub symbolu 12-C)	<input type="checkbox"/> spełnia (2 pkt) <input type="checkbox"/> nie spełnia (0 pkt)	
Osoba niezatrudniona w ZPCH	<input type="checkbox"/> spełnia (1 pkt) <input type="checkbox"/> nie spełnia (0 pkt)	
Osoba <b>nie korzystała</b> z dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON w roku ubiegłym	<input type="checkbox"/> spełnia (5 pkt) <input type="checkbox"/> nie spełnia (0 pkt)	
Konieczność pobytu opiekuna (zgodnie z wnioskiem lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny)	<input type="checkbox"/> spełnia (1 pkt) <input type="checkbox"/> nie spełnia (0 pkt)	
	<b>RAZEM</b>	



## INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

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

Imię i nazwisko uczestnika turnusu .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania\* .....

.....

Rodzaj turnusu .....

termin: 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 finansowych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.**

.....  
(data)

.....  
*czytelny podpis Wnioskodawcy\*\*  
przedstawiciela ustawowego\*\*  
opiekuna prawnego\*\*  
pełnomocnika\*\**

---

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* niepotrzebne skreślić



.....  
*pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub zakładu lekarskiego*

### **Zaświadczenie o stanie zdrowia**

Imię i nazwisko.....

PESEL albo nr dokumentu tożsamości.....

Adres.....

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....  
.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje

.....  
.....

Uczulenia

.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie); zaopatrzenie ortopedyczne

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

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych

.....  
.....

Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16 roku życia

.....  
.....

Szczepienia ochronne (daty) – dotyczy osób do 16 roku życia

.....  
.....

.....  
(data)

.....  
pieczęćka i podpis lekarza



**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**  
**ubiegającej się o dofinansowanie do pobytu na turnusie rehabilitacyjnym ze środków**  
**Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

Ja .....  
(imię i nazwisko opiekuna)

zam.

.....  
(adres zamieszkania)

PESEL ..... data urodzenia .....

stopień pokrewieństwa z osobą niepełnosprawną: .....

**oświadczam, że:**

- dobrowolnie i bezinteresownie będę pełnił(a) rolę indywidualnego opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym Pana/Pani/dziecka:

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

- będę/nie będę\*** pełnił(a) funkcji członka kadry na turnusie,
- jestem/nie jestem\*** osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- zobowiązuję się do sprawowania ciągłej opieki nad w/w osobą niepełnosprawną w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego,
- zobowiązuję się do uiszczenia organizatorowi turnusu rehabilitacyjnego różnicy wynikającej z całkowitego kosztu turnusu pomniejszonego o dofinansowanie ze środków PFRON przyznanych przez PCPR Zwoleń,
- w przypadku skrócenia pobytu jako opiekun osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe zobowiązuję się do zwrotu przyznanego dofinansowania.

**OŚWIADCZENIA**

- Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Przepisy wprowadzające Kodeks Karny – za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym.
- Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Klauzuli informacyjnej (RODO).
- Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych Systemu Obsługi Wsparcia (SOW) dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu, ul. Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwoleń dla potrzeb wynikających z realizacji zadania związanego z dofinansowaniem ze środków PFRON, zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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 (Dz.U.UE.L. z 2016 r. Nr 119, s.1 ze zm.).
- Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis opiekuna)

---

\* niepotrzebne skreślić

## Klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

- 1) a/Administratorem Państwa danych jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) z siedzibą w Warszawie (00-828) przy ulicy Jana Pawła II 13, tel.: 22/5055500, email kancelaria@pfron.org.pl  
b/Administratorem Państwa danych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu (ul. Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwolen, telefon kontaktowy: (48 6763623) email.: pcpr@zwolenpowiat.pl
- 2) a/Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: iod@pfron.org.pl lub pisemnie pod adres Administratora.  
b/ Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie pod adres Administratora.
- 3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu dofinansowania ze środków RFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, tj. gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust 2 lit h RODO) w zw. z Ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r., o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wraz z rozporządzeniami.  
W przypadku dobrowolnego udostępniania przez Państwa danych osobowych innych niż wynikające z obowiązku prawnego, podstawę legalizującą ich przetwarzanie stanowi wyrażona zgoda na przetwarzanie swoich danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO). Udostępnione dobrowolnie dane będą przetwarzane w celach kontaktowych.
- 4) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych tj. 5 lat. Natomiast z przypadku danych podanych dobrowolnie – co do zasady do czasu wycofania przez Państwa zgody na ich przetwarzanie.
- 5) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
- 6) Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
- 7) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
  - a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
  - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
  - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
  - d) prawo do usunięcia danych określone w przepisach prawa;
  - e) w przypadku gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) - prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
  - f) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
- 8) Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3. Nieprzekazanie danych udostępnianych dobrowolnie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie sprawy.
- 9) Państwa dane osobowe będą ujawniane osobom działającym z upoważnienia Administratora, mającym dostęp do danych osobowych i przetwarzającym je wyłącznie na polecenie Administratora, chyba że wymaga tego prawo UE lub prawo państwa członkowskiego. Państwa dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, tj. usługodawcom wykonującym usługi serwisu systemów informatycznych( SOW), podmiotom zapewniającym ochronę danych osobowych i bezpieczeństwo IT, dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom usług informatycznych w zakresie systemów księgowo-ewidencyjnych, usługodawcom z zakresu księgowości oraz doradztwa prawnego, dostawcy usług hostingu poczty mailowej w przypadku korespondencji prowadzonej drogą mailową. Dane osobowe mogą być przekazywane do organów publicznych i urzędów państwowych lub innych podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa lub wykonujących zadania realizowane w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej do celów ewidencyjnych, weryfikacyjnych, kontrolnych i audytowych.