



**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 e-mail: .....

.....  
(data)

.....  
(podpis)

---

\* niepotrzebne skreślić

## OŚWIADCZENIE dotyczące osoby niepełnosprawnej

1. Oświadczam, że zostałem(am) skierowany na turnus rehabilitacyjny na wniosek lekarza, pod którego opieką się znajduję.
2. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłem(am), w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku, stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Oświadczam, że w roku w którym ubiegam się o dofinansowanie, nie uzyskałem(łam) na ten cel dofinansowania ze środków Funduszu.
4. Oświadczam, że wezmę udział w turnusie, który odbędzie się w ośrodku wpisanym do rejestru ośrodków, prowadzonego przez wojewodę, albo poza takim ośrodkiem, w przypadku gdy turnus jest organizowany w formie niestacjonarnej.
5. Oświadczam, że wybiorę organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusów.
6. Oświadczam, że będę uczestniczył(a) w zajęciach przewidzianych w programie turnusu.
7. Oświadczam, że nie będę pełnił(a) funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.
8. W przypadku podania danych innych niż własne zobowiązuję się do poinformowania osoby, której dane osobowe udostępniam, iż administratorem jej danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Augustowie, ul. Młyńska 52, 16-300 Augustów.
9. Oświadczam, że w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, wyrażam zgodę na poinformowanie organizatora turnusu o kwocie przyznanego dofinansowania oraz danych zawartych w informacji o wyborze turnusu rehabilitacyjnego.
10. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, zobowiązuję się poinformować w formie pisemnej w ciągu 14 dni.
11. Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych.\*

.....  
data

.....  
czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela  
ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika

---

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadania w ramach niniejszego wniosku, w zakresie:

- numeru telefonu: .....
- adresu do korespondencji (*wypełnić wyłącznie w przypadku kiedy jest inny niż adres zamieszkania*): .....
- danych zawartych w kwestionariuszu osobowym dotyczącym sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej
- zaświadczenia o kontynuowaniu nauki (*dot. osoby niepełnosprawnej w wieku od 16 do 24 roku życia uczącej się i niepracującej*)
- inne (jakie?): .....

.....  
data

.....  
czytelny podpis Wnioskodawcy, przedstawiciela  
ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika

\* **Art.233 § 1 Kodeksu Karnego** „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”



**SYTUACJA SPOŁECZNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ I JEJ  
POTRZEBY W ZAKRESIE ROZWIJANIA UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH**

(właściwe zaznaczyć przez zakreślenie pola  znakiem „X”)

**Imię i nazwisko uczestnika turnusu** .....

**PESEL** .....

**1. Opis sytuacji społecznej**

a) zaspokojenie codziennych potrzeb życiowych i społecznych:

samodzielnie    z częściową pomocą osób drugih    wyłącznie przy pomocy osób drugih

b) potrzebuje pomocy:

przy samoobsłudze,    w zakresie poruszania się    w zakresie komunikowania się

w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego

Dodatkowe informacje:

.....  
.....

c) utrzymuję kontakty ze środowiskiem, innymi osobami:

TAK    NIE

Jeżeli nie, to dlaczego .....

.....

d) zaspokojenie codziennych potrzeb życiowych i społecznych:

TAK    NIE

e) jestem członkiem stowarzyszenia / organizacji?

TAK    NIE

f) jestem pensjonariuszem Domu Pomocy Społecznej

TAK    NIE

g) jestem uczestnikiem warsztatu Terapii Zajęciowej/  
Środowiskowego Domu Samopomocy

TAK    NIE

**2. Oczekiwane efekty związane z uczestnictwem w turnusie rehabilitacyjnym:**

a) pobudzanie aktywności społecznej, przywracanie utraconych  
zdolności do pełnienia ról społecznych, wyjście z izolacji

TAK    NIE

b) poprawa samoobsługi, wyrabianie zaradności osobistej

TAK    NIE

c) nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych

TAK    NIE

d) wdrażanie do korzystania z dóbr kultury, rozwijanie zainteresowań

TAK    NIE

.....  
*Miejscowość i data*

.....  
*Czytelny podpis*

---

**WYPEŁNIA PCPR**

Zapoznano się ze złożoną dokumentacją oraz sytuacją społeczną wnioskodawcy i jego potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych

.....  
*Pracownik socjalny*



# Klauzula Informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 oraz art. 14 ust 1 i 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).

Informuję, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Augustowie, ul. Młyńska 52, 16-300 Augustów, tel. 87 643 20 71**, e-mail: [pcpr@st.augustow.wrotapodlasia.pl](mailto:pcpr@st.augustow.wrotapodlasia.pl).
2. Zgodnie z art. 37 ust. 1 lit. a) RODO, administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować pod adresem poczty elektronicznej: [iod\\_pcpr@st.augustow.wrotapodlasia.pl](mailto:iod_pcpr@st.augustow.wrotapodlasia.pl).
3. Państwa dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji zadań publicznych wynikających z przepisów prawa oraz szeregu ustaw nakładających na administratora obowiązki i zadania, których realizacja wymaga przetwarzania danych osobowych. W sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie będzie wynikało z przepisów prawa zostaniecie Państwo poproszeni o wyrażenie dobrowolnej zgody na przetwarzanie dotyczących Państwa danych osobowych. Niezależnie od podstawy prawnej przetwarzania dotyczących Państwa danych osobowych Administrator gwarantuje, że Państwa dane są przetwarzane w zakresie umożliwiającym realizację ściśle określonego celu.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w formie papierowej i elektronicznej w PCPR w Augustowie oraz mogą być pozyskiwane i weryfikowane za pośrednictwem dostępnych Systemów Informatycznych. Dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
5. Odbiorcami Państwa danych osobowych na podstawie przepisów prawa lub podpisanych umów powierzenia mogą zostać osoby upoważnione przez Administratora, podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa, podmioty prowadzące działalność bankową, operatorzy pocztowi, kurierzy oraz obsługa informatyczna.
6. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres realizacji celów oraz w formie archiwalnej
  - a) akta osób korzystających z zadania przez okres 10 lat (zgodnie z kategorią archiwalną określoną w przepisach kancelaryjnych i archiwalnych obowiązujących w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Augustowie) po realizacji zadania.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia po okresie archiwizacji, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Dodatkowo w przypadku, gdy podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest Państwa dobrowolna zgoda, przysługuje Państwu prawo do cofnięcia wyrażonej zgody w dowolnym momencie.
8. Podanie przez Państwa danych osobowych, w zależności od ściśle określonego celu przetwarzania, może być wymogiem ustawowym lub umownym lub warunkiem zawarcia umowy, lub uzyskania świadczeń zgodnie ze złożonym wnioskiem.

.....  
czytelny podpis (wnioskodawcy, przedstawiciela ustawowego,  
opiekuna prawnego, pełnomocnika





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"/> upośledzenie umysłowe     |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku                  | <input type="checkbox"/> padaczka                  |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna                         | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....       |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia                 | .....  |
|   | .....  |

### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:

- Nie
- Tak - uzasadnienie .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

### Uwagi:

.....

.....

.....

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwie zaznaczyć

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

### **UWAGA !**

Zgodnie z § 4 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r w sprawie turnusów rehabilitacyjnych „Osobie niepełnosprawnej o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo równoważnym oraz osobie niepełnosprawnej w wieku do 16 lat może być przyznane dofinansowanie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym jej opiekuna, pod warunkiem że **wniosek lekarza zawiera wyraźne wskazanie wraz z uzasadnieniem konieczności pobytu opiekuna.**