



pieczęć PCPR w Toruniu

data wpływu do PCPR w Toruniu

**WNIOSEK** nr \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ r.

**O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON  
DOTYCZĄCY UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM**

Imię i nazwisko (osoby niepełnosprawnej) \_\_\_\_\_

PESEL albo numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania (miejsce pobytu\*) \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_\_ Nr telefonu: \_\_\_\_\_

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym \_\_\_\_\_

**POSIADANE ORZECZENIE\*\***

- stopień **Znaczny** / I Gr. / całkowicie niezdolny do pracy i samodzielnej egzystencji
- stopień **Umiarkowany** / II Gr. / całkowicie niezdolny do pracy
- stopień **Lekki** / III Gr. / częściowo niezdolny do pracy
- niepełnosprawność osoby do 16 roku życia

**Korzystałem/em z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjny ze środków PFRON(\*\*):**

TAK (podać rok) \_\_\_\_\_ /NIE.

Jestem zatrudniony/a w Zakładzie Pracy Chronionej (Z P Ch)\*\*: TAK / NIE.

Imię i Nazwisko Opiekuna \_\_\_\_\_

(wypełnić, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

**OŚWIADCZENIA**

- 1/ Oświadczam, że miesięczny **dochód netto na 1 osobę w rodzinie**, podany w niniejszym wniosku został obliczony zgodnie z przepisami art. 3 pkt. 1-3 ustawy o świadczeniach rodzinnych z dn. 28.11.2003 r. (Dz.U. 2020 poz. 111 ze zm.), tj. m.in. pomniejszony o kwoty alimentów świadczonych na rzecz innych osób, koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne nie zaliczone do kosztów uzyskania przychodu, składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**. Przy ustalaniu dochodów w rodzinie nie uwzględnia się dochodów nieopodatkowanych podatkiem dochodowym od osób fizycznych w tym świadczeń pielęgnacyjnych i rodzinnych.
- 2/ Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz.U. 2019 poz. 2128) art.233.§1, oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

(zł) \_\_\_\_\_ \*\*\*

(słownie): \_\_\_\_\_

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: \_\_\_\_\_

Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2017 r. poz. 2204) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnej „Informacji o stanie zdrowia” sporządzonej przez lekarza, pod którego opieką się znajdują

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

- 1/ Kopia ważnego orzeczenia o stopniu o niepełnosprawności lub kopię wypisu z treści orzeczenia, lub kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 01.01.1998 r. **Oryginał do wglądu.**

**Uwaga: Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.**

czytelny podpis – imię i nazwisko Wnioskodawcy\* / pełnomocnika\* / opiekuna prawnego\*

(\*) – wpisać w przypadku osoby bezdomnej, (\*\*) – właściwe zaznaczyć

(\*\*\*) podać przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

## KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH

(udzielenia świadczeń z środków PFRON)

Na podstawie art. 13 ust.1 i 2 RODO 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej: RODO) informujemy o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych

### 1. Informacje dotyczące administratora danych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w procesie zamówień publicznych jest: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) w Toruniu, ul. Towarowa 4-6, 87-100 Toruń. Administrujący danymi - Dyrektor PCPR w Toruniu.

### 2. Inspektor ochrony danych

Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania PCPR w Toruniu, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w PCPR w Toruniu za pomocą adresu poczty elektronicznej: [iod@pcpr-torun.pl](mailto:iod@pcpr-torun.pl)

### 3. Cel i podstawy przetwarzania Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia złożonego przez Panią/Pana wniosku na podstawie następujących przepisów

- art. 6 ust. 1 lit. a lub c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych RODO,

- art. 9 ust. 2 pkt. a-j) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych RODO, osobowe w ramach postępowania w sprawach dofinansowań z środków Państwowego Funduszu

### Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celu:

- wypełnienia obowiązków prawnych ciążyących na Administratorze,
- w pozostałych przypadkach – na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.

W przypadku przetwarzania danych osobowych szczególnej kategorii np. dotyczących zdrowia podstawą przetwarzania jest art. 9 ust. 2 lit. b Rozporządzenia RODO czyli przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej.

Administrator przetwarza dane osobowe w celu wypełnienia obowiązków prawnych w szczególności na podstawie:

- Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych,
- Ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r kodeks postępowania administracyjnego,
- Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- a także przepisów wykonawczych do wskazanych ustaw

### 4. Odbiorcy danych osobowych Administrator przetwarza dane osobowe zwykle (np. dane identyfikacyjne i kontaktowe) oraz szczególnych kategorii (np. dane o niepełnosprawności) w zakresie niezbędnym do realizacji celu przetwarzania.

- organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa w tym PFRON;
- podmioty z którymi (PCPR) w Toruniu zawarł umowy lub porozumienie na korzystanie z udostępnianych przez nie systemów informatycznych w zakresie przekazywania lub archiwizacji danych. Zakres przekazania danych tym odbiorcom ograniczony jest jednak wyłącznie do możliwości zapoznania się z tymi danymi w związku ze świadczeniem usług wsparcia technicznego i usuwaniem awarii. Odbiorców tych obowiązuje klauzula zachowania poufności pozyskanych w takich okolicznościach wszelkich danych, w tym danych osobowych.

### 5. Okres przechowywania danych;

Dane osobowe będą przechowywane przez czas niezbędny do realizacji celu, w jakim zostały zgromadzone, a po tym czasie przez okres niezbędny do wypełnienia obowiązków wynikających z ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz Rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych . oraz w Rozporządzeniu Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego z dnia 20 października 2015 r. w sprawie klasyfikowania i kwalifikowania dokumentacji, przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych i brakowania dokumentacji niearchiwalnej

### 6. Prawa osób, których dane dotyczą

Mają Państwo prawo do:

- dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
- ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
- usunięcia danych osobowych;
- wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa).

### 7. Przysługujące Państwu uprawnienia związane z przetwarzaniem danych osobowych

W odniesieniu do danych pozyskanych w związku z prowadzonym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego przysługują Państwu następujące uprawnienia:

- prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
- prawo do usunięcia danych osobowych, w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej;
- prawo do ograniczenia przetwarzania danych, przy czym przepisy odrębne mogą wyłączyć możliwość skorzystania z tego praw;
- prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Aby skorzystać z powyższych praw, należy się skontaktować z nami lub z naszym inspektorem ochrony danych (dane kontaktowe zawarte są w punktach 1 i 2).

### 8. Obowiązek podania danych

Podanie przez Pana/Panią danych osobowych w prawnie wymaganym zakresie jest dobrowolne, ale brak podania danych może skutkować odmową przyznania wnioskowanych świadczeń.

### 9. Przekazywanie danych poza Europejski Obszar Gospodarczy

Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej

### 10. Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

## OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że ja niżej podpisana/y: Składam wniosek dotyczący dofinansowania ze środków z PFRON. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i danych osób wskazanych we wniosku, przez PCPR w Toruniu ul. Towarowa 4-6 dla celów związanych z procedowaniem przewidzianym w ustawie O pomocy społecznej, oraz ustawach szczególnych dotyczących przyznawanych środków. Jednocześnie wyrażam zgodę na przesyłanie przez Administratora, na mój adres e-mail lub wykorzystanie mojego nr telefonu w celu informacji dotyczących realizacji wniosku. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Klauzulą Informacyjną przekazaną zgodnie z art. 13 ust.1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych zwanego RODO.

czytelny podpis – imię i nazwisko Wnioskodawcy\* / pełnomocnika\* / opiekuna prawnego\*



\_\_\_\_\_  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego)

**Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL / numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania (miejsce pobytu<sup>1</sup>) \_\_\_\_\_

**Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji \*\***

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

**Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne \*\***

- oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn górnych (jednostronne, dwustronne)
- oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn dolnych (jednostronne, dwustronne)
- wózek inwalidzki  kule łokciowe  inne (jakie \_\_\_\_\_)

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

- NIE
- TAK

**Uzasadnienie**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Zlecenia (wskazania i przeciwwskazania)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Uzasadnienie wniosku:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Pieczęćka i podpis lekarza

(\*) - niepotrzebne skreślić, wpisać w przypadku osoby bezdomnej  
(\*\*) - właściwe zaznaczyć



\_\_\_\_\_ (pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego)

**INFORMACJA O STANIE ZDROWIA**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_ Dokument tożsamości nr \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania (miejsce pobytu<sup>1</sup>) \_\_\_\_\_

**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)

\_\_\_\_\_ (pieczęć i podpis lekarza)

<sup>1</sup>wpisać w przypadku osoby bezdomnej