



1. Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi : .....

*/uprawniony, jego współmałżonek, małżonka i dzieci/*

Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego wynosi \*: .....

\* Miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, to miesięczny dochód rodziny pomniejszony o obciążenia: zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

2. Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnej „INFORMACJI O STANIE ZDROWIA” sporządzonej przez lekarza, pod którego opieką się znajduję.
3. zobowiązuję się informować PCPR w ciągu 14 dni o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku
4. Posiadam środki finansowe na pokrycie ewentualnego wkładu własnego.

.....

*Podpis pracownika*

.....

*data*

.....

**Podpis Wnioskodawcy**

### **INFORMACJA**

Zgodnie z § 5 ust. 11 i 12 Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. 2007 nr 230 poz. 1694 z późn. zm.), przy rozpatrywaniu wniosku o dofinansowanie bierze się pod uwagę stopień i rodzaj niepełnosprawności wnioskodawcy, **a także uwzględnia się na korzyść wnioskodawcy fakt nie korzystania z dofinansowania w latach poprzednich.**

Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek złożony w dniu ..... zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego **na 2021 rok** przez Radę Powiatu Leszczyńskiego.

Ostateczna odpowiedź o sposobie rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie zostanie przesłana po wykorzystaniu wszystkich środków przyznanych na bieżący rok.

## **Procedura dotycząca turnusów rehabilitacyjnych (W A Ż N E!)**

1. Po pobraniu druku wniosku o dofinansowanie do pobytu na turnusie rehabilitacyjnym, Wnioskodawca wypełnia pierwszą i drugą stronę wniosku oraz składa podpisy w wyznaczonych miejscach. Lekarz rodzinny lub specjalista wypisuje „Wniosek lekarski” (konieczna pieczętka przychodni oraz pieczętka i podpis lekarza).
2. Wnioskodawca zachowuje szóstą stronę wniosku o nazwie „Informacja o stanie zdrowia” Najwcześniej na trzy miesiące przed wyjazdem na turnus w/w „Informacja” winna być wypełniona przez lekarza. Wnioskodawca zabiera ją ze sobą na turnus i przekazuje lekarzowi zlecającemu zabiegi.
3. Wnioskodawca składa w siedzibie PCPR czterostronicowy wniosek o dofinansowanie do pobytu na turnusie rehabilitacyjnym **dołączając kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności** wydanego przez ZUS, Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności, KRUS lub MSWiA (orzeczenie KRUS lub MSWiA tylko jeżeli zostało wydane do 31.12.1997 roku). Składając wniosek należy również okazać **oryginał dokumentu określającego niepełnosprawność oraz dowód osobisty.**
4. Wnioskodawca zobowiązany jest dokonać rezerwacji miejsca turnusie rehabilitacyjnym dopiero po rozpatrzeniu wniosku przez PCPR i otrzymaniu listem „Informacji o przyznaniu dofinansowania”. Czyni to za pośrednictwem organizatora, który posiada aktualne uprawnienie do organizowania turnusów rehabilitacyjnych. Dokonując wyboru turnusu (i zaznaczonych przez lekarza we „Wniosku lekarskim” i „Informacji o stanie zdrowia”) schorzeń, tak aby były one zgodne z wpisem organizatora i ośrodka do rejestru wojewody właściwego dla siedziby każdego z nich. **Konsekwencje zarezerwowania miejsca na turnusie przed uzyskaniem dofinansowania ponosi wyłącznie Wnioskodawca.**
5. W terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania, nie później jednak na 21 dni przed dniem rozpoczęcia turnusu, Wnioskodawca wypełnia „Informację o wyborze turnusu” i dostarcza ją do siedziby PCPR, otrzymując potwierdzenie jej złożenia.  
**Nie dostarczenie dokumentu w podanym terminie będzie równoznaczne z rezygnacją z dofinansowania.**

.....

**Data i podpis Wnioskodawcy**

Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów .....

(data, pieczętka i podpis pracownika PCPR)

## **Obowiązek Informacyjny**

### **według Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE)**

Zgodnie z art. 13 pkt. 1 i 2 oraz z art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE zwanego dalej Rozporządzeniem z dnia 27 kwietnia 2016 r. zwanego dalej Rozporządzeniem informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lesznie z siedzibą w Lesznie przy pl. Kościuszki 4B;
2. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować poprzez e-mail: [dgron76@gmail.com](mailto:dgron76@gmail.com) lub pisemnie na adres siedziby Administratora
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań ustawowych na podstawie ustawy o samorządzie powiatowym, Kodeksu postępowania administracyjnego i innych przepisów prawa niezbędnych do realizacji zadań ustawowych;
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą upoważnieni pracownicy i podmioty na podstawie przepisów prawa;
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane według obowiązującej instrukcji kancelaryjnej;
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
8. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy Rozporządzenia;
9. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie skutkowało pozostawienie sprawy bez rozpatrzenia.

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

### WNIOSEK LEKARSKI NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania\* .....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji \* \*:

- |                                             |                                     |                                            |
|---------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> dysfunkcja | <input type="checkbox"/> schorzenie układu |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie       | narządu słuchu                      | krążenia                                   |
| umysłowe                                    | <input type="checkbox"/> dysfunkcja | <input type="checkbox"/> epilepsja         |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu | narządu wzroku                      | <input type="checkbox"/> inne(jakie?)..... |
| ruchu                                       |                                     | .....                                      |

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne\*\*:

- |                                                                                                   |                                        |                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> oprotezowanie / zaopatrzenie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)* |                                        |                               |
| <input type="checkbox"/> oprotezowanie / zaopatrzenie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)* |                                        |                               |
| <input type="checkbox"/> wózek inwalidzki                                                         | <input type="checkbox"/> kule łokciowe | <input type="checkbox"/> inne |
|                                                                                                   |                                        | (jakie?).....                 |

Konieczność opieki osoby drugiej na turnusie rehabilitacyjnym:

- |                                                   |       |
|---------------------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Nie                      |       |
| <input type="checkbox"/> Tak – uzasadnienie ..... | ..... |
|                                                   | ..... |
|                                                   | ..... |

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania):

Uzasadnienie wniosku:

.....  
.....

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć lekarza

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* właściwe zaznaczyć

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko .....

PESEL.....

Adres zamieszkania \*.....

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

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu