



Jestem zatrudniony(a) w zakładzie pracy chronionej\*\*

o Tak

o 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.\*\*\*
- W przypadku turnusu, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne, zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.
- Oświadczam, że nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na tym turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.
- Oświadczam, że będę uczestniczył/a w zajęciach przewidzianych w programie turnusu.
- Oświadczam, że wezmę udział w turnusie, który odbędzie się w ośrodku wpisanym do rejestru ośrodków, prowadzonego przez wojewodę.
- Oświadczam, że wybiorę organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusów prowadzonego przez wojewodę.
- Oświadczam, że w przypadku skrócenia uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe poniosę koszty pobytu na tym turnusie.
- Oświadczam, że mój opiekun\*:
  - a) nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
  - b) nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
  - c) ukończył 18 lat albo ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.
  - d) oświadczam, że w przypadku skrócenia pobytu mojego opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe opiekun ten poniesie koszty pobytu na tym turnusie.
- Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

- Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łęcznej dla potrzeb niezbędnych dla realizacji dofinansowania.
- Oświadczam, że zobowiązuję się do dostarczenia do PCPR w Łęcznej w terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania, nie później jednak niż na 21 dni przed dniem rozpoczęcia turnusu, „Informacji o wyborze turnusu” sporządzonej na odrębnym załączniku, który otrzymam wraz z Informacją o przyznaniu dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego.
- Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany, że: - administratorem moich danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łęcznej z siedzibą przy ul. Staszica 9, 21-010 Łęczna; - przysługują mi prawa do: dostępu do danych osobowych, uzyskania kopii danych, sprostowania danych oraz ograniczenia przetwarzania; - klauzula informacyjna (zgodnie z obowiązkiem informacyjnym wynikającym z art. 13 RODO), jest dostępna w formie papierowej w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łęcznej oraz na stronie internetowej [www.pcprleczna.pl](http://www.pcprleczna.pl) w zakładce rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych „klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Łęcznej”.
- Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania podanych przeze mnie danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Łęcznej.
- Uprzedzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. Prawdziwość powyższych danych – pod groźbą odpowiedzialności karnej – potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....  
 (data)

.....  
 (czytelny podpis wnioskodawcy)

#### **Wymagane załączniki:**

- wniosek lekarza o skierowanie o turnus,
- kopia dokumentu potwierdzającego stopień niepełnosprawności, grupę inwalidzką lub niezdolność do pracy, niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym wydane przed 01.01.1998r. (dotyczy osób powyżej 16 roku życia) - oryginał do wglądu,
- kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności (dotyczy dzieci do 16 roku życia) – oryginał do wglądu,
- zaświadczenie o kontynuowaniu nauki (dotyczy osób z niepełnosprawnością w wieku 18-24 lat)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwie zaznaczyć.

\*\*\* Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

.....  
(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 – (szczegółowe uzasadnienie potrzeby wyjazdu z opiekunem)

.....  
.....

#### **Uwagi**

.....  
.....

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

.....

(data)

.....

(pieczęćka i podpis lekarza)

## WYPEŁNIĆ O ILE DOTYCZY

### 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 opiekunem\* / pełnomocnikiem\* .....  
(postanowieniem Sądu ..... z dnia .....  
sygn. akt\* ..... /na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza  
..... z dnia....., repet. nr.....)  
/pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa w zwykłej formie pisemnej  
z dnia .....

#### Zakres pełnomocnictwa:

- pełen zakres czynności związanych z aplikowaniem o wsparcie
- do rozliczenia dofinansowania
- do zawarcia umowy
- do udzielenia dodatkowych wyjaśnień i uzupełnienia wniosku
- do złożenia wniosku
- inne

.....  
(data)

.....  
(podpis)

\* niepotrzebne skreślić