

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej  
w Zielonej Górze  
Dział Rehabilitacji Zawodowej  
i Społecznej  
tel. (68) 411-51-15/(68) 411 51 17

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**  
**uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

**A. DANE WNIOSKODAWCY:**

Imię i nazwisko .....

PESEL ..... Data urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

**B. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (dla małoletniego wnioskodawcy), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA:**

Imię i nazwisko.....

PESEL.....Data urodzenia.....

Adres zamieszkania .....

**C. DANE KONTAKTOWE:**

Telefon (podanie numeru telefonu jest dobrowolne).....

**Uwaga**

Podanie numeru telefonu jest dobrowolne. Nie podanie numeru telefonu może utrudnić kontakt w przypadku konieczności dokonania uzupełnień bądź korekt do wniosku. W związku z faktem, iż podstawą do przetwarzania jest Pana/i zgoda, potwierdzona dobrowolnym uzupełnieniem numeru telefonu, ma Pan/i prawo do jej wycofania w dowolnym momencie. W celu wycofania zgody na przetwarzanie Pana/i numeru telefonu należy skontaktować się z nami pisząc na adres mailowy [iod@mops.zgora.pl](mailto:iod@mops.zgora.pl) bądź kontaktując się drogą telefoniczną na numer 68 411 50 00. Skorzystanie z prawa cofnięcia zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce przed jej wycofaniem.

**D. POSIADANE ORZECZENIE (zaznaczyć tylko jedną opcję, zgodnie z treścią orzeczenia wnioskodawcy):**

- a) o stopniu niepełnosprawności  znacznym  umiarkowanym  lekkim
- b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów  I  II  III
- c)  o całkowitej niezdolności do pracy  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

**E. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O DOCHODACH:**

Ja, niżej podpisany/-a, pouczony/-a o odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 297 § 1 Kodeksu karnego, stosownie do art. 75 § 2 Kpa oświadczam, że miesięczny dochód\*\* na jednego członka rodziny wynosi ..... zł  
(słownie:.....)

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi .....

.....  
(data).....  
(czytelny podpis wnioskodawcy/ opiekuna  
/pełnomocnika/przedstawiciela ustawowego)

## F. INNE INFORMACJE

a) korzystałem/am z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON:

TAK (podać rok) .....  NIE

Z ewidencji programu PCPR  
(wypełnia pracownik MOPS): .....

b) jestem zatrudniony/a w zakładzie pracy chronionej:

TAK  NIE

c) jestem osobą w wieku 16-24 lat uczącą się i niepracującą:

TAK  NIE

d) planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym .....

e) imię i nazwisko opiekuna .....

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

---

### Klauzula informacyjna

- 1) Administratorem Pani/a danych osobowych jest Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Zielonej Górze z siedzibą przy ul. Długiej 13, 65-401 Zielona Góra.
- 2) W sprawach związanych z Pani/a danymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, s.koziel@4consult.com.pl.
- 3) Dane przetwarzane będą w celach:
  - a) udzielenia dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie przepisów prawa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (zwanego dalej RODO), a w szczególności na podstawie rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych,
  - b) kontaktowania się drogą telefoniczną na podstawie zgody, potwierdzonej dobrowolnym uzupełnieniem numeru telefonu - art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
- 4) Pani/a dane osobowe mogą być udostępniane następującym odbiorcom bądź kategoriom odbiorców:
  - a) podmiotom uprawnionym do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
  - b) operatorowi pocztowemu Poczta Polska, w przypadku prowadzenia korespondencji,
  - c) wskazanemu przez Panią/Pana ośrodkowi rehabilitacyjnemu oraz organizatorowi turnusu rehabilitacyjnego,
  - d) innym podmiotom, które na podstawie stosownych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych podpisanych z Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Zielonej Górze przetwarzają dane osobowe, dla których administratorem jest Ośrodek (np. podmioty świadczące usługi w zakresie IT, ochrony danych osobowych).
- 5) Pani/a dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat od roku, w którym został złożony wniosek.
- 6) Każda osoba, z wyjątkami zastrzeżonymi przepisami prawa, posiada prawo do:
  - a) żądania od Administratora dostępu do danych osobowych (art. 15 RODO);
  - b) sprostowania danych (poprawiania) w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne (art. 16 RODO);
  - c) żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych (art. 18 RODO);
  - d) przenoszenia danych (art. 20 RODO).
- 7) Nie posiada Pan/i prawa do żądania usunięcia danych osobowych tzw. „prawo do bycia zapomnianym” (art. 17 RODO), gdyż przetwarzane danych osobowych wynika z przepisów prawa.
- 8) Nie posiada Pan/i prawa do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania swoich danych, ze względu na fakt, iż podstawą do przetworzenia Pani/a danych są przepisy prawa.
- 9) W przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych, posiada Pan/i prawo do jej wycofania. Skorzystanie z prawa cofnięcia zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody.
- 10) Posiada Pan/i prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 11) Podanie numeru telefonu jest dobrowolne. Podanie pozostałych danych zawartych w wniosku jest obowiązkowe, gdyż przesłanką do ich gromadzenia stanowi przepis prawa. Konsekwencją nie podania przez Panią/Pana danych osobowych wymaganych przez przepisy prawa jest brak możliwości udzielenia dofinansowania.

## Informacje dla wnioskodawcy

**\*\*Uwaga! Przeciętny miesięczny dochód** – średni miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń: emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek. Przy ustalaniu dochodu w rodzinie Wnioskodawcy, **nie uwzględnia się** zasiłków pielęgnacyjnych.

Wnioskodawca zobowiązany jest na żądanie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów. Jeżeli MOPS poweźmie wątpliwość odnośnie informacji podanych we wniosku (w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym), wzywa wnioskodawcę do złożenia wyjaśnień w sprawie.

Wnioski o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych zostaną rozpatrzone po otrzymaniu limitu środków finansowych na rok bieżący i dokonaniu podziału środków na poszczególne zadania przez Radę Miasta Zielona Góra.

Wyszukiwarka ośrodków, w których mogą być organizowane turnusy rehabilitacyjne jest dostępna na Portalu Informacyjno-Usługowym „emp@tia”: [www.empatia.mpips.gov.pl](http://www.empatia.mpips.gov.pl)

### Co należy dołączyć do wniosku?

1. "Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny" wraz ze wskazaniem, czy konieczny jest udział opiekuna. Wniosek sporządza lekarz, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna
2. **KOPIĘ ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB ORZECZENIA RÓWNOWAŻNEGO!**
3. zaświadczenie ze szkoły/uczelni lub ksero legitymacji potwierdzającej naukę w przypadku osoby uczącej się i niepracującej w wieku 16-24 lata,
4. zaświadczenie od pracodawcy lub dokument potwierdzający prowadzenie działalności gospodarczej, w przypadku osób aktywnych zawodowo, które osiągnęły wiek emerytalny
5. kserokopię wyroku o ustanowieniu opiekuna prawnego/pełnomocnictwa notarialnego w przypadku gdy w imieniu osoby niepełnosprawnej działa inna osoba,

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego)

## Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

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"/> schorzenie układu krążenia                 | <input type="checkbox"/> inne (jakie?).....        |
|   | .....  |
|   | .....  |

### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:

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

### Uwagi :

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(data)

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* Właściwie zaznaczyć