

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON  
UCZESTNICTWA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I ICH OPIEKUNÓW  
W TURNUSACH REHABILITACYJNYCH**

(dotyczy osób niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie Gminy Miejskiej Kraków)

Procedura dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dostępna jest na stronie internetowej [www.mops.krakow.pl](http://www.mops.krakow.pl) oraz wywieszona w gablotach w siedzibie MOPS przy ul. Józefińskiej 14 – parter.

**I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ):**

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszkania<sup>1</sup>: ..... kod .....-.....Kraków

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

nr telefonu: ..... Adres e-mail:.....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym: .....

**Posiadane orzeczenie** (właściwe zaznaczyć):

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

Korzystałam/em z dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON (właściwe zaznaczyć):

TAK (podać rok) .....

NIE

Imię i nazwisko opiekuna .....

*(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)*

**Wnioskodawca jest** (właściwe zaznaczyć):

a) zatrudniony w zakładzie pracy chronionej:                     TAK                     NIE

b) mieszkańcem Domu Pomocy Społecznej:                     TAK                     NIE

c) osobą niepełnosprawną w wieku 16-24 lat uczącą się i niepracującą:  TAK                     NIE

**II. DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (DLA MAŁOLETNIEGO  
WNIOSKODAWCY), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA:**

.....  
imię i nazwisko

nr PESEL: .....adres e-mail.....

miejsowość:.....ulica: .....

nr domu:.....nr lokalu:.....nr kodu:.....-.....poczta: .....

nr telefonu: .....

<sup>1</sup> W przypadku osoby bezdomnej należy wpisać miejsce pobytu

Opiekun prawny – ustanowiony postanowieniem Sądu .....

.....  
nazwa sądu

z dnia .....Sygnatura akt.....

Pełnomocnik – na mocy pełnomocnictwa pisemnego/notarialnego<sup>2</sup> udzielonego w dniu .....

nr repertorium<sup>3</sup> .....

### III. OŚWIADCZENIA

- 1) Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wyniósł: ..... zł.
- 2) Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym łącznie z wnioskodawcą wynosi: ....., w tym ..... osób niepełnosprawnych.
- 3) Uprzedzona(y) o odpowiedzialności karnej, wynikającej z art. 233 § 1, 2 i 3 kodeksu karnego za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni. Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
- 4) Oświadczam, że zapoznałam(em) się z procedurą nr 40 dotyczącą przedmiotowego dofinansowania i zasadami rozpatrywania wniosków o dofinansowanie w bieżącym roku realizacji (dokumenty dostępne na stronie internetowej: [www.mops.krakow.pl](http://www.mops.krakow.pl)).
- 5) Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON lub w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłam(em) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- 6) Oświadczam, że zostałam(em) poinformowana(y), że:
  - a) osoba niepełnosprawna (wnioskodawca) nie może pełnić funkcji członka kadry na turnusie, ani być opiekunem innego uczestnika tego turnusu.
  - b) na wniosek lekarza, 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 opiekun:
    - nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
    - nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
    - ukończył 18 lat lub
    - ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.
- 7) Zobowiązuję się do przedstawienia na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia (dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne) oraz kopii wniosku lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny, który stanowi załącznik nr 2 do procedury.

### IV. KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W KRAKOWIE

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą przy ul. Józefińskiej 14, 30-529 Kraków, jako administrator Pani/Pana danych osobowych na podst. art. 13 rozporządzenia nr 2016/679 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27.04.2016 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 (zwanego dalej RODO) informuje, że:

1. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przyznania dofinansowania z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w związku z § 5 ust. 4 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych.

<sup>2</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>3</sup> Wypełnić tylko w wypadku udzielenia pełnomocnictwa notarialnego

2. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione następującym kategoriom odbiorców danych (w rozumieniu art. 4 pkt 9 RODO):
  - 1) podmioty świadczące asystę techniczną oprogramowania służącego do obsługi zadań PFRON,
  - 2) podmioty świadczące profesjonalne usługi niszczenia dokumentacji archiwalnej.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat od rozpatrzenia wniosku, licząc od 1 stycznia roku następującego po roku, w którym Pani/Pan wniosek został rozpatrzony, z zastrzeżeniem pkt 4.
4. W przypadku zakwalifikowania Pani/Pana dokumentacji decyzją Dyrektora Archiwum Narodowego w Krakowie do kategorii archiwalnej „A”, Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej przez okres 25 lat, liczony analogicznie, jak w pkt 3, a następnie zostaną przekazane do Archiwum Narodowego.
5. W zakresie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
6. Ma Pani/Pan prawo do żądania od Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krakowie:
  - 1) dostępu do swoich danych osobowych (na zasadach określonych w art. 15 RODO);
  - 2) sprostowania Pani/Pana danych osobowych (na zasadach określonych w art. 16 RODO);
  - 3) ograniczenie przetwarzania danych osobowych (na zasadach określonych w art. 18 RODO).
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe.
9. Konsekwencją niepodania przez Panią/Pana danych osobowych będzie brak możliwości przyznania dofinansowania.
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą profilowane.

**Dane kontaktowe inspektora ochrony danych:**

Inspektor Ochrony Danych, ul. Józefińska 14, 30-529 Kraków lub iod@mops.krakow.pl.

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z powyższymi informacjami zawartymi we wniosku.

..... <b>Data</b>	..... <b>czytelny podpis wnioskodawcy lub opiekuna prawnego/          pełnomocnika/przedstawiciela ustawowego osoby          niepełnosprawnej</b>
----------------------	--

<b>V. WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW/DOKUMENTÓW</b>
---

<b>WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW</b>
1. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny wydany przez lekarza, pod opieką którego znajduje się osoba niepełnosprawna, sporządzony na druku stanowiącym załącznik nr 2 do procedury.
2. Kopia aktualnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność.
3. Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego.
4. Oryginał aktualnego zaświadczenia ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki w przypadku osoby niepełnosprawnej uczącej się i niepracującej w wieku 16-24 lat.

.....  
 data wpływu wniosku do MOPS w Krakowie

.....  
 pieczęć MOPS w Krakowie i podpis pracownika



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"/> 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 rehabilitacyjnym

- NIE
- TAK – uzasadnienie .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

### UWAGI:

.....

.....

.....

.....  
Data

.....  
pieczęć i podpis lekarza

\*w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu  
\*\* właściwe zaznaczyć