

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego

### Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko uczestnika turnusu .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania\* .....

.....

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

☐ dysfunkcja narządu ruchu

☐ dysfunkcja narządu słuchu

☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

☐ padaczka

☐ dysfunkcja narządu wzroku

☐ upośledzenie umysłowe

☐ choroba psychiczna

☐ inne (jakie?) .....

☐ schorzenie układu krążenia

.....

.....

#### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

☐ Nie

☐ Tak - uzasadnienie .....

.....

.....

Uwagi:

.....  
.....  
.....  
.....

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwie zaznaczyć.

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

**Wypełnić tylko jeśli lekarz zaleci pobyt opiekuna na turnusie**

Oświadczenie opiekuna osoby niepełnosprawnej niezbędnego i uczestniczącego  
w turnusie rehabilitacyjnym

Imię i nazwisko opiekuna .....

Adres zamieszkania.....

PESEL:.....

Oświadczam, że:

1. nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie rehabilitacyjnym,  
w którym uczestniczy osoba niepełnosprawna (imię i nazwisko osoby  
niepełnosprawnej).....
2. nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
3. ukończyłem/am 18 lat \* lub ukończyłem 16 lat i jestem wspólnie  
zamieszkującym członkiem rodziny w/w osoby niepełnosprawnej \*,
4. korzystałem\* / nie korzystałem\* z dofinansowania do wyjazdu na turnus  
rehabilitacyjny ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych w roku bieżącym,
5. posiadam\*/ nie posiadam\* grupę inwalidzką lub stopień niepełnosprawności  
(jeśli tak podać jaki)

.....

\* niepotrzebne skreślić

*Upředzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeks Karny z dnia 6 czerwca 1997 roku (Dz.U nr 88, poz. 553 z póź. zm.) za fałszywe zeznania, prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.*

.....  
(czytelny podpis opiekuna)

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 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 (Dz.U.UE. L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

- 1.1. Administratorem Państwa danych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pisz** (adres: ul. Piaskowa 2, 12-200 Pisz, tel.: 87 425 25 71, e-mail: pcpr@powiat.pisz.pl).
- 1.2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu e-mail: [inspektor@cbi24.pl](mailto:inspektor@cbi24.pl) lub pisemnie na adres Administratora.
- 1.3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu w celu rozpatrzenia wniosku i ustalenia prawa do świadczenia w formie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i podjęcia decyzji o wysokości dofinansowania oraz w celu realizacji innych zadań wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
- 1.4. Podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 573 ze zm.) – zwaną dalej Ustawą i Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzaju zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON (t.j. Dz.U. z Dz.U. 2015 poz. 926 Podstawą przetwarzania danych jest również art. 6 ust. 1 lit. A, RODO tj. wyrażona przez Państwa zgoda dla kategorii danych osobowych podanych dobrowolnie, to znaczy innych niż wymaganych przepisami prawa dla realizacji świadczenia.
- 1.5. Państwa dane będą przechowywane przez okres związany z realizacją świadczeń a następnie zgodnie z przepisami ustawy z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach i wydanej na jej podstawie instrukcji archiwizacji jednostki.
- 1.6. Państwa dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w tym w profilowaniu.
- 1.7. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
  - a. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii
  - b. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
  - c. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
  - d. prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
  - e. prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
- 1.8. Podanie przez Państwa danych osobowych wymaganych dla realizacji świadczenia na podstawie Ustawy jest obowiązkowe – nieprzekazanie danych skutkować będzie brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku. Brak przekazania przez Państwa danych osobowych oznaczonych jako dobrowolne pozostaje bez wpływu na rozpatrzenie złożonego wniosku.
- 1.9. Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie zawartej przez jednostkę umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w związku z realizacją przysługujących Państwu świadczeń, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

.....  
( podpis Wnioskodawcy\*, przedstawiciela ustawowego  
opiekuna prawnego\* pełnomocnika\* )