

**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**
(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź
opiekun prawny)

Imię i nazwisko
PESEL albo numer dokumentu tożsamości
Adres zamieszkania*
.....
Data urodzenia
Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE **

- a) o stopniu niepełnosprawności ☐ znacznym ☐ umiarkowanym ☐ lekkim
b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów ☐ I ☐ II ☐ III
c) ☐ o całkowitej ☐ 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
Korzystałem(am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze
środków PFRON **
☐ Tak (podać rok)..... ☐ Nie

Jestem zatrudniony(a) w zakładzie pracy chronionej** ☐ Tak ☐ 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, wynosi 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.***

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

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

Wypełnia PCPR

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),
opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko:
PESEL lub numer dokumentu tożsamości:
Adres zamieszkania:
.....
Data urodzenia:
ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:
.....
postanowieniem Sądu Rejonowego:
.....
z dn. sygn. Akt*:
/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:
.....
z dn. repet. nr

.....
data

.....
podpis
przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*
pełnomocnika*

* niepotrzebne skreślić

.....
(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**:

- | | |
|---|---|
| ☐ dysfunkcja narządu ruchu | ☐ dysfunkcja narządu słuchu |
| ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | |
| ☐ dysfunkcja narządu wzroku | ☐ upośledzenie umysłowe |
| ☐ choroba psychiczna | ☐ padaczka |
| ☐ schorzenie układu krążenia | ☐ inne (jakie?)
..... |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym

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

Uwagi:

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

*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

**Właściwe zaznaczyć

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

....., dn.

.....
imię i nazwisko opiekuna

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

Oświadczenie opiekuna osoby niepełnosprawnej uczestniczącego w turnusie rehabilitacyjnym

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej Pana/i

Podczas turnusu rehabilitacyjnego, oświadczam, iż:

1. Nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie;
2. Nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby;
3. Jestem osobą pełnoletnią.
4. Korzystałem(am)/ nie korzystałem(am) z dofinansowanie do wyjazdu na turnus rehabilitacyjny ze środków PFRON w roku bieżącym.
5. Posiadam/nie posiadam grupę inwalidzką lub stopień niepełnosprawności (jeśli tak, podać jaki)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych dla potrzeb realizacji przez PCPR zadań ustawowych, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).
Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego z dn. 6.06.1997 r. (Dz. U nr 88, poz. 553 z póź. zm.) za fałszywe zeznania, prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
czytelny podpis opiekuna osoby niepełnosprawnej

Na podstawie Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Chojnicach informuje, że

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Chojnicach przy ul. Piłsudskiego 30, zwany dalej Administratorem.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym może się Pani/Pan skontaktować telefonicznie – tel.604-080-935 lub poprzez e-mail:inspektor25052018@gmail.com we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wykonywania zadań Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Chojnicach, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
4. Przetwarzanie Pani/Pana danych jest niezbędne do wypełniania obowiązku prawnego, wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą przed zawarciem umowy, jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi. Podstawą przetwarzania danych osobowych może być również zgoda.
5. Podanie danych jest wymogiem ustawowym, nie podanie danych skutkuje pozostawienie sprawy bez rozpatrzenia i jest niezbędne do zawarcia umowy, w przypadku niepodania danych niemożliwe jej zawarcie.
6. Posiada Pani/Pan prawo do:
 - żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
 - przenoszenia danych,
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego,
 - cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.
7. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych zgodnej z RODO

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy z siedzibą w Chojnicach ul. Piłsudskiego 30 w celu uzyskania dofinansowania ze środków PFRON .
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

Zasady dofinansowania ze środków PFRON do uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych w roku 2026

Termin składania wniosków na rok 2026 : 15.01.2026 r.-30.09.2026 r.

Druki wniosków dostępne również na stronie www.pcpr.infochojnice.pl (zakładka pobierz: wnioski – rehabilitacja społeczna)

WARUNKI UCZESTNICTWA W TURNUSACH REHABILITACYJNYCH.

1. Dofinansowanie uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych może obejmować osoby niepełnosprawne:
 - w wieku powyżej 16 roku życia, posiadające aktualne orzeczenie o **znacznym, umiarkowanym oraz lekkim stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne;**
 - w wieku do ukończenia 16 roku życia, które posiadają aktualne orzeczenie o niepełnosprawnościDofinansowanie do uczestnictwa osób niepełnosprawnych w turnusach rehabilitacyjnych ze środków PFRON może być przyznane tej samej dorosłej osobie niepełnosprawnej nie częściej niż raz na dwa lata. W przypadku niepełnosprawnych dzieci do 16 roku życia raz w danym roku kalendarzowym.

Osoba niepełnosprawna może ubiegać się o dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego pod warunkiem, że:

- a) zostanie skierowana na turnus wnioskiem lekarza, pod opieką którego się znajduje;
- b) w roku, w którym ubiega się o dofinansowanie, nie uzyskała na ten cel dofinansowania ze środków PFRON
- c) weźmie udział w turnusie, który odbędzie się w ośrodku wpisanym do ogólnokrajowego rejestru ośrodków uprawnionych do organizowania turnusów rehabilitacyjnych i wybierze organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusów;
- d) nie będzie pełniła funkcji członka kadry na tym turnusie ani nie będzie opiekunem innego uczestnika tego turnusu;
- e) złoży oświadczenie o wysokości osiąganych dochodów wraz z informacją o liczbie osób we wspólnym gospodarstwie domowym;
- f) zobowiąże się do przedstawienia na turnusie, podczas pierwszego badania lekarskiego, informacji o stanie zdrowia, sporządzonej nie wcześniej niż na 3 miesiące przed data rozpoczęcia turnusu, wystawionej przez lekarza, pod którego opieką obecnie się znajduje

Warunkiem otrzymania dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym opiekuna osoby niepełnosprawnej jest:

- a) zalecenie lekarza wskazującego na konieczność obecności opiekuna na turnusie wraz z uzasadnieniem tejże konieczności;
- b) nie pełnienie przez opiekuna funkcji członka kadry na tym turnusie;
- c) opiekunem nie może być osoba niepełnosprawna wymagająca opieki osób innych;
- d) ukończenie przez opiekuna 18 lat, albo ukończenie 16 lat i bycie wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej

Wysokość dofinansowania ze środków PFRON do turnusu rehabilitacyjnego

1. Osoba niepełnosprawna może ubiegać się o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie, jeżeli przeciętny miesięczny dochód, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza:

- a) **50%** przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym
- b) **65%** przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej

2. W przypadku przekroczenia kryterium dochodowego dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym zostaje pomniejszone o kwotę przekroczenia obowiązującego kryterium.

3. Wnioskodawca może otrzymać ze środków PFRON dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym w wysokości uzależnionej od stopnia niepełnosprawności.

WYSOKOŚĆ TEGO DOFINANSOWANIA WYNOŚI:

- a) dla osoby ze **znacznym** stopniem niepełnosprawności - **30%** przeciętnego wynagrodzenia
- b) dla osoby z **umiarkowanym** stopniem niepełnosprawności - **27 %** przeciętnego wynagrodzenia
- c) dla osoby z **lekkiem** stopniem niepełnosprawności - **25 %** przeciętnego wynagrodzenia
- d) dla niepełnosprawnego **dziecka** - **30%** przeciętnego wynagrodzenia
- e) dla **opiekuna** osoby niepełnosprawnej- **20 %** przeciętnego wynagrodzenia
- f) **dla osób zatrudnionych w zakładach pracy chronionej – 20 %** przeciętnego wynagrodzenia

Tryb składnia i rozpatrywania wniosków o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON.

1. Osoba niepełnosprawna ubiegająca się o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym powinna złożyć we właściwym dla miejsca zamieszkania PCPR osobiście lub za pośrednictwem opiekuna wymagany komplet dokumentów:

- a) wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym;
- b) kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub kopię wypisu z treści orzeczenia (potwierdzoną za zgodność z oryginałem);
- c) wniosek lekarski o skierowanie na turnus rehabilitacyjny, sporządzony nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą złożenia wniosku;
- d) oświadczenie dotyczące opiekuna osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym;

2. Osoby niepełnosprawne, które uzyskały decyzję o dofinansowaniu do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym z PFRON, zobligowane są do wyboru turnusu rehabilitacyjnego organizowanego w ośrodku, który uzyskał wpis do rejestru ośrodków uprawnionych do organizowania turnusów rehabilitacyjnych lub przyjmowania grup turnusowych, **rezerwacji dokonuje się indywidualnie.**

3. Osoba niepełnosprawna, która otrzymała dofinansowanie, wybiera konkretny turnus i powiadamia o tym PCPR w ciągu 30 dni od otrzymania decyzji (nie później niż 21 dni przed rozpoczęciem turnusu).

4. PCPR na podstawie decyzji o przyznaniu dofinansowania przekazuje środki na konto organizatora turnusu.

5. W sytuacji wyjazdu Wnioskodawcy na turnus przed otrzymaniem informacji o przyznaniu dofinansowania nie ma możliwości dokonania zwrotu poniesionych kosztów.

6. Przyznane dofinansowanie zostaje przekazane przez PCPR organizatorowi turnusu tylko przy spełnieniu warunków określonych w rozporządzeniu w sprawie turnusów.

7. Istnieje możliwość rezygnacji z przyznanego dofinansowania, w takim przypadku osoba niepełnosprawna zobligowana jest do złożenia pisemnego oświadczenia.

8. Wniosek nie podlega dalszemu rozpatrywaniu w przypadku: zgonu wnioskodawcy, rezygnacji z dofinansowania, podania przez wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą (bez względu na to, czego dotyczą), nieuzupełnienia przez wnioskodawcę występujących uchybień formalnych w terminie 30 dni od daty otrzymania wezwania do ich uzupełnienia.

9. Wnioski złożone w 2026 r. tracą ważność z dniem 31.12.2026 r. i nie będą obowiązywać w 2027 r.

Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z powyższymi zasadami, co potwierdzam własnoręcznym czytelnym podpisem.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy, data)

Lista załączników do wniosku: kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności albo kopia orzeczenia równoważnego lub o niepełnosprawności, w przypadku dzieci do 16 roku życia