

Data wpływu:

Nr sprawy:

## WNIOSEK

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

### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

#### DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Nr i seria dowodu osobistego, wydany przez, w dniu:	
Płeć	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

#### ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

**ADRES KORESPONDENCYJNY** Taki sam jak adres zamieszkania

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	

**DANE PODOPIECZNEGO/MOCODAWCY**

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Nr i seria dowodu osobistego, wydany przez, w dniu:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE PODOPIECZNEGO**

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

## STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
<b>Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:</b>	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia: .....
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Niezdolność:</b>	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Rodzaj niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

<p><b>Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:</b></p>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<p><b>Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b></p>	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

### ŚREDNI DOCHÓD

**Wnioskodawca prowadzi gospodarstwo domowe:**

indywidualne    wspólne

**Średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie Wnioskodawcy:.....**

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

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Przedmiot	
Nazwa pola	Wartość
<p><b>Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym</b></p>	
<p><b>Korzystałem(am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON</b></p>	<input type="checkbox"/> Tak (podać rok) ..... <input type="checkbox"/> Nie
<p><b>Jestem zatrudniony w zakładzie pracy chronionej</b></p>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<p><b>Imię i Nazwisko opiekuna</b></p>	

## Część C – INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

### OŚWIADCZENIE

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, 1517.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 poz. 1000).

Oświadczam, że zostałam/łem poinformowany, że: rozpatrzenie wniosku nastąpi – po określeniu limitu środków PFRON przez Radę Miasta Bydgoszczy w roku złożenia wniosku.

Zgodnie z §5 ust. 14 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. wnioskodawca zostanie poinformowany w **formie pisemnej** o sposobie rozpatrzenia wniosku.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik
1.	Ksero orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
2.	Klauzula Informacyjna
3.	Oświadczenie o dochodach (wg wzoru).
4.	Zaświadczenie lekarza prowadzącego, stwierdzającego rodzaj niepełnosprawności oraz zasadność prowadzenia odpowiedniej do rodzaju niepełnosprawności rehabilitacji leczniczej na wymienionym sprzęcie rehabilitacyjnym przy pomocy którego możliwe będzie osiągnięcie maksymalnie najwyższego poziomu funkcjonowania.
5.	W przypadku, gdy Wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego do wniosku należy załączyć odpowiednio kserokopię uwierzytelnionego pełnomocnictwa lub postanowienia Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego
6.	Dla osób niepełnosprawnych w wieku 16-24 lata - zaświadczenie ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki.

Załącznik do wniosku o dofinansowanie do:

- a) przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych
- b) turnusu rehabilitacyjnego
- c) sprzętu rehabilitacyjnego

### OŚWIADCZENIE

#### Wnioskodawcy o dochodach w gospodarstwie domowym<sup>1</sup>

Ja niżej podpisany(a) ..... zamieszkały(a)  
(imię i nazwisko)

85- ..... Bydgoszcz, ulica: .....,

oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Lp.	Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Wiek	Średni miesięczny dochód netto (za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku)
<b>Dane dotyczące Wnioskodawcy:</b>					
1.			XXXXXX	XX	
<b>Dane dotyczące wspólnego gospodarstwa domowego:</b>					
2.					
3.					
4.					
5.					
<b>Razem:</b>					

W przypadku osób prowadzących samodzielnie gospodarstwo, do oświadczenia należy wpisać tylko wnioskodawcę.

- 1 Uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1,2,3 i 4 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (tekst jedn.: Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, 1517.) oświadczam, że:
- 2 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.  
Wnioskodawca zobowiązuje się na prośbę Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy dostarczyć dokumenty potwierdzające wysokość uzyskiwania dochodów.
- 3 Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.
- 4 Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych oświadczam, że dane zawarte we wniosku o dofinansowanie oraz niniejszym załączniku są zgodne z prawdą.

Bydgoszcz, dnia ...../...../20.....r.

.....  
Podpis Wnioskodawcy /Opiekuna prawnego

## Przypis nr 1

1 **Przeciętny dochód** w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, to miesięczny dochód rodziny pomniejszony o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

2 **Do najbliższej rodziny pozostającej we wspólnym gospodarstwie domowym, zalicza się obok Wnioskodawcy:**

- a) **dzieci Wnioskodawcy (do ukończenia 18 roku życia, a w przypadku pobierania nauki do ukończenia 25 lat, z tym że niepełnosprawne dzieci Wnioskodawcy – bez względu na wiek),**
- b) **współmałżonka Wnioskodawcy.**

- W przypadku Wnioskodawców uczących się, do wspólnego gospodarstwa domowego zalicza się również rodziców lub opiekunów oraz rodzeństwo, z zastrzeżeniem sytuacji opisanych w ust. 3.

1 Wnioskodawca pozostający w związku małżeńskim i zamieszkujący razem ze swoimi rodzicami, składa niniejsze oświadczenie w oparciu o sytuację materialną własnego gospodarstwa domowego, odrębnego od rodziców, jeżeli małżeństwo posiada źródło stałych dochodów, innych niż otrzymywane od rodziców (opiekunów) na mocy obowiązku alimentacyjnego, tj. obowiązku dostarczania środków utrzymania,

2 Wnioskodawca nie posiadający źródeł dochodów, pozostający w związku małżeńskim i nieprowadzący własnego gospodarstwa domowego, którego współmałżonek nie posiada żadnych źródeł dochodów, składa niniejsze oświadczenie, wyliczone na podstawie dochodów gospodarstwa domowego rodziców. Jeżeli Wnioskodawca posiada dziecko na utrzymaniu, to dziecko można zaliczyć do wspólnego gospodarstwa rodziców Wnioskodawcy. Do wspólnego gospodarstwa nie wlicza się wtedy współmałżonka Wnioskodawcy.

3 Wnioskodawca, który prowadzi własne gospodarstwo domowe i posiada własne stałe dochody, składa niniejsze oświadczenie wyliczone na podstawie własnych dochodów. Za własne gospodarstwo domowe uważa się gospodarstwo, gdzie Wnioskodawca mieszka samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu. **Przypis nr 2 -**

1 Art. 233. § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

§ 3. Nie podlega karze, kto, nie wiedząc o prawie odmowy zeznania lub odpowiedzi na pytania, składa fałszywe zeznanie z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższemu.

§ 4. Kto, jako biegły, rzeczoznawca lub tłumacz, przedstawia fałszywą opinię lub tłumaczenie mające służyć za dowód w postępowaniu określonym w § 1, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Bydgoszcz, dnia ...../...../20.....r.

.....  
Podpis Wnioskodawcy /Opiekuna prawnego

## Klauzula Informacyjna

Na podstawie art. 13 Rozporządzenia 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.) zwane ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych RODO informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Bydgoszczy ul. Ogrodowa 9.
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy możliwy jest pod adresem email: [iod@mopsbydgoszcz.pl](mailto:iod@mopsbydgoszcz.pl)
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie: art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych RODO w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych
- 4) kategoria danych osobowych: dane osobowe zwykłe / dane szczególnych kategorii
- 5) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
- 6) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą u Administratora zgodnie z Zarządzeniem Nr 66/2014 Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej Bydgoszczy z dnia 18 grudnia 2014 r. w sprawie wprowadzenia Instrukcji Kancelaryjnej, Jednolitego Rzecznego Wykazu Akt i Instrukcji Archiwalnej dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy z późn. zm.
- 7) posiada Pani/Pan prawo do: żądania od Administratora dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem.
- 8) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 9) podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym wynikającym z ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało wezwaniem do ich uzupełnienia, a w przypadku nieuzupełnienia pozostawieniem wniosku bez rozpoznania.
- 10) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego, ani do organizacji międzynarodowej.
- 11) Przetwarzanie Pani/Pana danych nie będzie podlegało zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.

.....  
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"/> choroba psychiczna         |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> padaczka                   |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu                  | <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku                  | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....        |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe                      | .....   |

### KONIECZNOŚĆ POBYTU OPIEKUNA NA TURNUSIE:

NIE

TAK – uzasadnienie

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

**UWAGI:**

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

.....

(data)

.....

( pieczęć i podpis lekarza )

---

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwie zaznaczyć

## INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

### UWAGI:

Imię i nazwisko uczestnika turnusu: .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości: .....

Adres zamieszkania: .....

Rodzaj turnusu: .....

Termin turnusu: od: ..... do: .....

### Dane organizatora turnusu:

Nazwa i adres z kodem pocztowym:

.....

### Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus:

Nazwa i adres z kodem pocztowym:

.....

**Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.**

.....

(data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

---

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu



## OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora i adres z kodem pocztowym: .....

Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusów:

.....

Potwierdzam możliwość uczestniczenia Pana/Pani: {ImieUczestnika} {NazwiskoUczestnika}  
wraz z opiekunem\*

w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?): .....

w terminie od: ..... do: .....

w ośrodku (nazwa i adres z kodem pocztowym): .....

Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków: .....

Całkowity koszt turnusu dla:

osoby niepełnosprawnej ..... zł, słownie zł .....

opiekuna osoby niepełnosprawnej\* ..... zł, słownie zł .....

**Zobowiązuję się, w terminie 21 dni od dnia zakończenia turnusu, przesać do właściwego PCPR „Informację o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego”, sporządzoną odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania ze środków PFRON. W przypadku rezygnacji osoby niepełnosprawnej z uczestnictwa w turnusie przed jego rozpoczęciem lub stwierdzenia w wyniku kontroli rażących uchybień w zakresie realizacji turnusu zobowiązuję się do zwrotu 100 % środków, które przekazało PCPR na dofinansowanie uczestnictwa tej osoby i jej opiekuna, w terminie 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu – na rachunek bankowy PCPR.**

Środki przyznane osobie niepełnosprawnej i jej opiekunowi\* proszę przekazać na rachunek bankowy: .....

.....

(data)

.....

(czytelny podpis organizatora)

\* Niepotrzebne skreślić