



**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 skreśl

## INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

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

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

**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

.....  
Imię i nazwisko uczestnika

.....  
Imię i nazwisko opiekuna

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Adres zamieszkania

.....  
PESEL

.....  
PESEL

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA  
OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Niniejszym oświadczam, że:

- nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie, na którym jestem opiekunem dla osoby niepełnosprawnej;
- nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki;
- w przypadku skróceniu czasu pobytu na turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe zobowiązuję się ponieść koszty uczestnictwa.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis opiekuna

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

### Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

**Imię i nazwisko**

.....

**PESEL** albo numer dokumentu tożsamości .....

**Adres\*** .....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\*\*

dysfunkcja narządu ruchu    dysfunkcja narządu słuchu    dysfunkcja narządu wzroku

upośledzenie umysłowe    choroba psychiczna    epilepsja

schorzenia układu krążenia  inne (jakie?) .....

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne\*\*

oprotezowanie/zaopatrzenie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)

oprotezowanie/zaopatrzenie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)

wózek inwalidzki    kule łokciowe    inne

(jakie?).....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie\*\*

NIE

TAK – uzasadnienie

.....

.....

.....

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania)

.....

.....

Uzasadnienie wniosku

.....

.....

data

.....

pieczęć i podpis lekarza

\* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej;

\*\* właściwe zakreślić;

Imię i nazwisko

data .....

.....

pesel

.....

## OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku o dofinansowanie ..... w procesie realizacji przedmiotowego zadania.

1. Przyjmuję do wiadomości, iż moje dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji wniosku na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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 dyrektyw 95-46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1) oraz ustaw wynikających z realizacji zadań PCPR.
2. Moje dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z instrukcji kancelaryjnej.

Podpis wnioskodawcy / pełnomocnika

.....

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., informuję, że:

**1. Administratorem danych osobowych jest:**

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  
Al. Piłsudskiego 133 d, lok. 214  
92-318 Łódź

**2. Inspektorem Danych Osobowych jest:**

Beata Grzesiak – Młynarczyk  
42 676 34 87

[beata.grzesiak@lodzkiwschodni.pl](mailto:beata.grzesiak@lodzkiwschodni.pl)

3. Osoba, która powierzyła swoje dane osobowe PCPR posiada prawo do: dostępu treści swoich danych i ich poprawiania, sprostowania, usunięcia, ograniczenia, przetwarzania, przenoszenia danych, cofnięcia zgody na przetwarzanie.
4. Osoba, której PCPR powierza dane osobowe ma prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie danych osobowych naruszyłoby przepis ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
5. Podanie danych osobowych jest obowiązkiem osoby ubiegającej się o pomoc w PCPR, konsekwencją nie podania danych będzie brak możliwości rozpatrzenia i udzielenia ewentualnej przysługującej pomocy.