

Zarządzenie nr 1.2026
Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Obornikach
z dnia 08.01.2026r.

w sprawie: zasad przyznawania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dofinansowań do uczestnictwa osób niepełnosprawnych w turnusach rehabilitacyjnych w 2026r.

Na podstawie art.35a ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j. Dz.U. z 2025r. poz.913) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (t.j. Dz.U. z 2007r. Nr 230, poz. 1694 z późn.zm.), **zarządzam następująco:**

§ 1

W wyniku konsultacji pomiędzy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Obornikach a Powiatową Społeczną Radą do Spraw Osób Niepełnosprawnych, działającą przy Staroście Obornickim, przyjmuje się do realizacji następujące zasady przyznawania w **2026r.** dofinansowań do uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych:

1. W roku 2026r. przyjmuje się zasadę przyznawania dofinansowania tej samej **dorośle**j osobie niepełnosprawnej raz na dwa lata (wnioski dorosłych osób niepełnosprawnych, które korzystały z pomocy w 2025r. będą weryfikowane negatywnie).
2. Pierwszeństwo w uzyskaniu dofinansowania w uczestnictwie mają osoby niepełnosprawne w następującej kolejności:
 - a) posiadające orzeczenie o zaliczeniu do **znacznego stopnia niepełnosprawności** (lub orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji albo zaliczone do pierwszej grupy inwalidów)
 - b) posiadające orzeczenie o zaliczeniu do **umiarkowanego stopnia niepełnosprawności** (lub orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy albo zaliczone do drugiej grupy inwalidów)
 - c) posiadające orzeczenie o zaliczeniu do osób niepełnosprawnych **w wieku do 16r.ż.** oraz osoby **małoletnie posiadające orzeczenie o stopniu niepełnosprawności**
3. Przy rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym bierze się pod uwagę stopień i rodzaj niepełnosprawności wnioskodawcy oraz wpływ niepełnosprawności na możliwość realizacji przez wnioskodawcę kontaktów społecznych w codziennym funkcjonowaniu (funkcjonowanie w środowisku zewnętrznym) oraz potrzeby osoby niepełnosprawnej w zakresie rozwijania umiejętności społecznych. Kryteria te są podstawą sporządzenia oceny sytuacji społecznej wnioskodawcy i jego potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych.
4. Oceny sytuacji społecznej wnioskodawcy i jego potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych dokonywać będzie pracownik socjalny w oparciu o informacje zawarte w kopii orzeczenia o niepełnosprawności / stopniu niepełnosprawności /orzeczeniu równoważnym, danych wynikających z wniosku i kwestionariusza dotyczącego sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej i wniosku lekarza oraz inne dodatkowe informacje, będące w posiadaniu PCPR.

5. Ocena sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej i jej potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych sporządzona zostanie w formie **KARTY OCENY WNIOSKU** (Załącznik nr 1 do niniejszego Zarządzenia).

Przyjmuje się **PUNKTOWY SYSTEM OCENY WNIOSKÓW**, który ma na celu wyłonienie tych wnioskodawców, którzy mają największe szanse na realizację celów związanych z rehabilitacją społeczną w formie turnusu rehabilitacyjnego. Ocenione wnioski szeregowane są na liście rankingowej według kolejności wynikającej z punktacji. Przy równorzędnej punktacji o pierwszeństwie rozpatrzenia wniosku decyduje wysokość dochodu (w kolejności od najniższego na liście rankingowej), a jeśli kryterium to nie doprowadzi do wyboru, o pierwszeństwie decyduje kolejność złożenia kompletnego wniosku.

Ocenie sytuacji społecznej i sporządzeniu punktowej karty oceny wniosku podlegają wszystkie wnioski dorosłych osób niepełnoprawnych oraz niepełnosprawnych dzieci zweryfikowane pozytywnie.

6. Przyjmując, że turnus rehabilitacyjny jest zorganizowaną formą aktywnej rehabilitacji połączonej z elementami wypoczynku, której celem jest ogólna poprawa psychofizycznej sprawności i rozwijanie umiejętności społecznych uczestników, między innymi poprzez nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych, realizację i rozwijanie zainteresowań, a także przez udział w innych zajęciach przewidzianych programem turnusu, w 2026 roku w punktacji bierze się pod uwagę:
- a) posiadany stopień niepełnosprawności na podstawie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności albo orzeczenia równoważnego / posiadaną niepełnosprawność na podstawie orzeczenia o niepełnosprawności oraz w przypadku osób niepełnosprawnych w wieku do 24 lat - fakt kontynuacji nauki - maksymalna punktacja wynosi 23 punkty,
 - b) rodzaj i zakres dysfunkcji osoby niepełnosprawnej określony w orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności / orzeczeniu o niepełnosprawności / orzeczeniu równoważnym lub we wniosku lekarza w przypadku orzeczenia równoważnego, w którym dysfunkcja nie jest określona odpowiednim symbolem - w kontekście potrzeb osoby niepełnosprawnej w zakresie rozwijania umiejętności społecznych- maksymalna punktacja wynosi 15 punktów,
 - c) sytuację mieszkaniową i rodzinną osoby niepełnosprawnej (obszar wiejski, prowadzenie gospodarstwa domowego samotnie) - maksymalna punktacja wynosi 8 punktów,
 - d) wysokość dochodu na osobę w rodzinie - miesięczny dochód w gospodarstwie domowym w przeliczeniu na jedną osobę, w oparciu o Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12.07.2024r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz. U. 2024, poz. 1044) wejście w życie z dniem 01.01.2025r.- maksymalna punktacja wynosi 5 punktów,
 - e) częstotliwość udzielanej pomocy w formie dofinansowania ze środków PFRON pobytu na turnusie rehabilitacyjnym – maksymalna punktacja wynosi 10 punktów,
 - f) konieczność korzystania z opieki osoby drugiej podczas pobytu na turnusie rehabilitacyjnym, wynikająca ze stanu zdrowia (*dotyczy oceny wniosków z grupy a i b*) – dodatkowa punktacja wynosi 1 punkt.

§ 2

Przyznawanie dofinansowań będzie następowało **równolegle w grupach a) i b) oraz w grupie c)**, **aż do wyczerpania środków finansowych** określonych uchwałą Rady Powiatu Obornickiego na realizację dofinansowań w zakresie uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych.

§ 3

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym niepełnosprawnego rodzeństwa wraz z opiekunami, pozostającymi we wspólnym gospodarstwie domowym, dofinansowanie przysługuje **jednemu** z opiekunów, a w przypadku dzieci poruszających się za pomocą wózka inwalidzkiego, dofinansowanie przysługuje **oboju** opiekunom.

§ 4

W przypadku nie rozpatrzenia pozytywnie wszystkich wniosków osób niepełnosprawnych określonych w § 1 z powodu wyczerpania się środków finansowych przewiduje się dofinansowanie ze środków pochodzących ze zwrotów niewykorzystanych dofinansowań w ramach dostępnego limitu środków Funduszu.

Złożone wnioski zachowują ważność do końca bieżącego roku.

§ 5

Wysokość dofinansowania w 2026 r. ustala się w oparciu o § 6 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz.U. z 2007 r, Nr 230, poz. 1694) i rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 grudnia 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz.U.2014 poz.1937).

§6

Łączna wysokość środków przeznaczonych na realizację wniosków o dofinansowanie uczestnictwa osób niepełnosprawnych w turnusach rehabilitacyjnych w 2026r. określa Uchwała Rady Powiatu Obornickiego przyjęta w 2026r, z czego kwota **60 000,00 zł** zostanie wyodrębniona na realizację wniosków osób niepełnosprawnych, o których mowa w §1 ust. 1 lit. c.

W przypadku niewykorzystania środków przeznaczonych dla dorosłych osób niepełnosprawnych lub niepełnosprawnych dzieci, dopuszcza się możliwość ich przesuwania pomiędzy tymi grupami.

§7

Obowiązujący wzór wniosku i karty punktowej oceny wniosku stanowią załączniki do niniejszego zarządzenia.

§8

W 2026r. wnioski o dofinansowanie turnusu rehabilitacyjnego będą przyjmowane w wersji papierowej oraz internetowo w **Systemie Obsługi Wsparcia (SOW)**. Wnioski w Systemie mogą składać osoby niepełnosprawne posiadające profil zaufany lub podpis elektroniczny albo osoby, którym udzielono pisemnego pełnomocnictwa do składania wniosków w systemie SOW w imieniu niepełnosprawnych wnioskodawców (wzór Pełnomocnictwa / odwołania pełnomocnictwa stanowi załącznik nr 4 i 5 do niniejszego Zarządzenia). **Przyjmowanie wniosków w Systemie SOW obowiązuje od 01.01.2026r.**

§9

Zasady określone niniejszym zarządzeniem obowiązują w 2026 r.

§10

Wykonanie Zarządzenia powierza się Elizie Korzeniewskiej.

KARTA OCENY WNIOSKU o dofinansowanie uczestnictwa osoby niepełnosprawnej w turnusie rehabilitacyjnym w 2026r.

ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Wniosek nr				
Imię i nazwisko Wnioskodawcy				
L.p.	KRYTERIA OCENY WNIOSKU	Liczba punktów	Punktacja wniosku	
1.	Osoby posiadające orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne albo orzeczenie o niepełnosprawności do 16r.ż.			
a)	Osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności /całkowitą niezdolnością do pracy i samodzielnej egzystencji/ I grupą inwalidów / osoby niepełnosprawne w wieku do 16 r.ż. wymagające stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji	20		
b)	Osoba z umiarkowanym stopniem/ całkowitą niezdolnością do pracy/ II grupą inwalidów / osoby niepełnosprawne w wieku do 16 r.ż. wymagające stałego współudziału opiekuna w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji	10		
c)	Osoba z lekkim stopniem niepełnosprawności / częściową niezdolnością do pracy / III grupą inwalidów	5		
d)	Osoba posiadająca orzeczenie o stopniu niepełnosprawności w wieku do 24 lat ucząca się i niepracująca	3		
2.	Rodzaj i zakres dysfunkcji określony w posiadanym dokumencie potwierdzającym niepełnosprawność lub wniosku lekarskim (w kontekście potrzeb i szans osoby niepełnosprawnej na rozwój umiejętności społecznych) - do uzyskania punktacji w tym kryterium uprawnia posiadanie jednej dysfunkcji z określonych w pkt. a) lub b) , punkty się nie sumują			
a)	- dysfunkcja narządu ruchu (05-R) – osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim, - dysfunkcja narządu słuchu, głosu, mowy (03-L), - dysfunkcja narządu wzroku (04-O), - upośledzenie umysłowe (01-U), - choroby psychiczne (02-P) i epilepsja (06-E), - całościowe zaburzenia rozwojowe (12-C), - choroby neurologiczne (10-N)	10		
b)	- dysfunkcja narządu ruchu (05-R) z wyłączeniem osób poruszających się na wózku inwalidzkim, - schorzenia układu krążenia (07-S), - schorzenia układu oddechowego i krążenia (07-S), - schorzenia układu pokarmowego (08-T), - schorzenia układu moczowo-płciowego (09-M), - inne (11-I), w tym: schorzenia endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego	5		
c)	niepełnosprawność jest sprzężona - trzy przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia	5		
d)	niepełnosprawność jest sprzężona - dwie przyczyny niepełnosprawności wynikające z orzeczenia	3		

3.	Sytuacja mieszkaniowa i rodzinna		
a)	Osoba zamieszkuje i prowadzi gospodarstwo domowe samotnie	5	
b)	Osoba zamieszkuje w obszarze wiejskim	3	
4.	Częstotliwość udzielanej pomocy		
a)	osoba nigdy nie korzystała z dofinansowania turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON	10	
b)	Osoba korzystała z dofinansowania przed 2022r.	7	
c)	osoba korzystała z dofinansowania w latach 2022-2023	4	
d)	osoba korzystała z dofinansowania w 2024 roku	2	
5.	Konieczność korzystania z opieki osoby drugiej na turnusie rehabilitacyjnym (dotyczy osób pełnoletnich)		
	Osoba jest całkowicie lub częściowo niesamodzielna i wymaga osoby drugiej (opiekuna) podczas pobytu na turnusie rehabilitacyjnym (zgodnie ze wskazaniem lekarza kierującego na turnus)	1	
6.	Kryterium dochodowe		
	średni miesięczny dochód na jedną osobę w rodzinie/netto nie przekracza kwoty 823 zł. albo w przypadku osoby samotnie gospodarującej /netto nie przekracza kwoty 1010zł. **	5	
PODSUMOWANIE KRYTERIÓW REALIZATORA maksymalnie 62 punkty			
Uzyskana ilość punktów przez Wnioskodawcę			
Wysokość dochodu przy równorzędnej punktacji z innymi wnioskodawcami * :			

*przy równorzędnej punktacji o pierwszeństwie rozpatrzenia wniosku decyduje wysokość dochodu zgodnie z oświadczeniem złożonym we wniosku o dofinansowanie (w kolejności od najniższego), a jeśli kryterium to nie doprowadzi do wyboru, o pierwszeństwie decyduje kolejność złożenia kompletnego wniosku.

Na podstawie informacji zawartych w kopii orzeczenia o niepełnosprawności, we wniosku o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, wniosku lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny oraz innych dodatkowych informacji będących w posiadaniu PCPR, w wyniku dokonanej przez pracownika socjalnego oceny sytuacji społecznej Wnioskodawcy i jego potrzeb i szans w zakresie rozwijania umiejętności społecznych, stwierdza się, że: **uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym zapewni ogólną poprawę psychofizycznej sprawności Wnioskodawcy oraz wpłynie na rozwój umiejętności społecznych m.in. poprzez nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych, realizację i rozwijanie zainteresowań oraz udział w innych zajęciach przewidzianych programem turnusu.**

Data i podpis pracownika socjalnego dokonującego oceny wniosku

Data i podpis osoby zatwierdzającej

(pieczęćka imienna Dyrektora PCPR)

**Na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12.07.2024r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz.U. 2024 poz.1044), wejście w życie od 1 stycznia 2025r.

**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 Numer orzeczenia:
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, wynosił 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.

** Właściwe zaznaczyć.

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

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

Klauzula RODO

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania

RODO - 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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,

- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych
Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

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:

Numer telefonu:

Adres email:

Data urodzenia:

ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:

postanowieniem Sądu:

z dn. sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

z dn. repet. nr

.....
(data)

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

Numer telefonu:
Adres e-mail:

1. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, niepełnosprawności osoby do 16 r.ż lub orzeczenie równoważne – kserokopia.
2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny sporządzony nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą złożenia wniosku – oryginał.
3. Kwestionariusz dotyczący sytuacji społecznej dziecka niepełnosprawnego lub Kwestionariusz dotyczący sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej (w przypadku osoby dorosłej) – oryginał.
4. Klauzula informacyjna dotycząca RODO.
5. Dokument stanowiący opiekę prawną lub pełnomocnictwo (w przypadku osoby, dla której ustanowiony jest sądownie opiekun prawny lub notarialnie pełnomocnik) - kopia.

Kwestionariusz dotyczący sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym i jej potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych

I. Wypełnia wnioskodawca (rodzic, opiekun prawny)

1.Dane osobowe:

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania*

2. Podstawowe problemy zdrowotne:

- stopień niepełnosprawności** – znaczny, umiarkowany, lekki,

- schorzenie wiodące.....

- schorzenia współistniejące

3. Sytuacja rodzinna:

- osoba zamieszkująca** - samotnie, z rodziną,

- liczba osób wspólnie zamieszkujących,

- liczba dzieci i ich wiek

- możliwość zapewnienia opieki ze strony najbliższej rodziny** - tak, nie; jeżeli tak w jakim zakresie

- możliwość zapewnienia opieki ze strony innych osób** - tak, nie; jeżeli tak w jakim zakresie

4. Sytuacja mieszkaniowa:

- dostosowanie mieszkania do niepełnosprawności** - tak - nie, nie zachodzi konieczność,

- warunki utrudniające funkcjonowanie w mieszkaniu

- własny pokój** – tak, nie,

5. Źródła utrzymania:**

- wynagrodzenie za pracę, renta, emerytura, zasiłki z pomocy społecznej, pomoc finansowa rodziny, pomoc finansowa ze strony innych osób, inne świadczenia

6. Możliwość samodzielnego wykonywania czynności:

w zakresie samoobsługi:**

- samodzielnie, częściowo przy pomocy osób drugih, całkowicie przy pomocy osób drugih.

w zakresie poruszania się:**

- bez problemów, w pobliżu miejsca zamieszkania, tylko w obrębie mieszkania, częściowo przy pomocy osób drugih, całkowicie przy pomocy osób drugih,

- samodzielne korzystanie ze środków komunikacji – tak, nie,

w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego:**

- sprzątanie, gotowanie, zakupy – tak, nie,
- w jakich czynnościach konieczna jest pomoc osób drugih

w zakresie komunikowania się:

- prawidłowa- tak, nie – z jakiego powodu

w zakresie uczestniczenia w życiu społecznym i pełnienia ról społecznych:**

- tak, nie (jeżeli nie – z jakich powodów)

(data i czytelny podpis osoby niepełnosprawnej)
lub opiekuna prawnego osoby niepełnosprawnej)

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu,

** właściwe zaznaczyć

II. Wypełnia PCPR

Ocena uzasadniająca udział w turnusie rehabilitacyjnym: wskazany, niewskazany, inne (jakie?)*

* właściwe zakreślić

Oborniki, dnia

Podpisy osób rozpatrujących wnioski:

Pracownik socjalny –

Akceptacja Dyrektora PCPR -

Kwestionariusz dotyczący sytuacji społecznej dziecka niepełnosprawnego i jego potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych

I. Wypełnia wnioskodawca (rodzic, opiekun prawny)

1. Dane osobowe dziecka:

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

2. Stan prawny dotyczący niepełnosprawności dziecka (*właściwe podkreślić*):

- dziecko w wieku do 16 r.ż. posiada orzeczenie o niepełnosprawności',
- dziecko posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - znaczny, umiarkowany, lekki

3. Podstawowe problemy zdrowotne dziecka (wymienić) :

- schorzenie wiodące.....
- schorzenia współistniejące

4. Sytuacja rodzinna:

- liczba osób wspólnie zamieszkujących
- liczba dzieci pozostających pod opieką i ich wiek
- możliwość zapewnienia opieki dziecku ze strony najbliższej rodziny*- tak w pełnym zakresie nie, z jakiego powodu

5. Sytuacja mieszkaniowa:

- dostosowanie mieszkania do niepełnosprawności dziecka (*właściwe podkreślić*):
 - tak, nie, nie zachodzi konieczność,
 - warunki utrudniające funkcjonowanie w mieszkaniu
- własny pokój* – posiada; nie posiada,

6. Źródła utrzymania rodziny*:

- wynagrodzenie za pracę, renta, emerytura, zasiłki z pomocy społecznej, pomoc finansowa rodziny, pomoc finansowa ze strony innych osób, inne świadczenia

7. Możliwość samodzielnego wykonywania czynności:

w zakresie samoobsługi*:

- samodzielnie, częściowo przy pomocy osób drugih, całkowicie przy pomocy osób drugih,
- w zakresie poruszania się*:**
- bez problemów, częściowo przy pomocy osób drugih, całkowicie przy pomocy osób drugih.
- **w zakresie komunikowania się:**
- prawidłowa- tak, nie – z jakiego powodu

8. Umiejętności społeczne(właściwe podkreślić):

- prawidłowe funkcjonowanie w społeczeństwie (w grupie rówieśniczej, w rodzinie, w szkole, przedszkolu i in.),

- trudności w nawiązywaniu, podtrzymywaniu relacji międzyludzkich (jakie):

.....
.....

.....

(data i czytelny podpis przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego dziecka)

II. Wypełnia PCPR

Ocena uzasadniająca udział w turnusie rehabilitacyjnym: wskazany, niewskazany, inne (jakie?)*

** właściwe zakreślić*

Oborniki, dnia

Podpisy osób rozpatrujących wniosek:

Pracownik socjalny –

Akceptacja Dyrektora PCPR -

PEŁNOMOCNICTWO

Dane osoby, która udziela pełnomocnictwa:

Imię/imiona.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)

.....

Adres do korespondencji.....

Numer telefonu.....

Numer e-mail.....

Oświadczenie o udzieleniu pełnomocnictwa:

Niniejszym udzielam pełnomocnictwa Pani/Panu:

Imię/imiona.....

Nazwisko.....

PESEL.....

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość (w przypadku braku numeru PESEL)

.....

Adres do korespondencji.....

Numer telefonu.....

Numer e-mail.....

Pełnomocnictwo obejmuje upoważnienie do dokonywania na rzecz mocodawcy wszystkich czynności związanych z wnioskiem o dofinansowanie złożonym w systemie SOW, a w szczególności do podpisania, poprawiania i uzupełniania wniosku o dofinansowanie w systemie SOW, udzielania wyjaśnień i informacji potrzebnych w trakcie rozpatrywania wniosku o dofinansowanie, zawarcia i rozliczenia umowy o dofinansowanie oraz wszelkich działań związanych z realizacją zobowiązań wynikających z umowy dofinansowania zawartej na podstawie wniosku o dofinansowanie. Dla realizacji ww. celów stanowiących przedmiot pełnomocnictwa, niniejsze pełnomocnictwo upoważnia do posługiwania się jego skanem w sieci informatycznej systemu SOW, jak również do okazania/przesłania na wezwanie wersji papierowej oryginału niniejszego pełnomocnictwa lub prawidłowo poświadczonego odpisu pełnomocnictwa.

Pełnomocnictwa udziela się na czas niezbędny do realizacji wszystkich ww. czynności związanych ze złożonym w systemie SOW wnioskiem o dofinansowanie. Pełnomocnictwo może być odwołane przez mocodawcę w każdym czasie.

Potwierdzam prawdziwość i aktualność danych zawartych w niniejszym pełnomocnictwie. Zmiana treści pełnomocnictwa wymaga wprowadzenia do systemu SOW nowego dokumentu pełnomocnictwa, za wyjątkiem zmian danych adresowo-kontaktowych pełnomocnika, o których pełnomocnik poinformuje za pośrednictwem systemu SOW.

.....
data

.....
czytelny podpis osoby udzielającej pełnomocnictwa

Załącznik nr 5 do Zarządzenia nr 1.2026 z dnia 08.01.2026r.

Miejscowość, data

Pani/Pan

.....

Niniejszym odwołuję pełnomocnictwo udzielone Pani/Panu w dniu obejmujące upoważnienie do dokonywania na moją rzecz wszystkich czynności związanych z wnioskiem o dofinansowanie złożonym w systemie SOW, a w szczególności do podpisania, poprawiania i uzupełniania wniosku o dofinansowanie w systemie SOW, udzielania wyjaśnień i informacji potrzebnych w trakcie rozpatrywania wniosku o dofinansowanie, zawarcia i rozliczenia umowy o dofinansowanie oraz wszelkich działań związanych z realizacją zobowiązań wynikających z umowy dofinansowania zawartej na podstawie wniosku o dofinansowanie oraz posługiwanie się jego skanem w sieci informatycznej systemu SOW, jak również do okazania/przesłania na wezwanie wersji papierowej oryginału udzielonego pełnomocnictwa lub prawidłowo poświadczonego odpisu pełnomocnictwa.

Jednocześnie proszę o niezwłoczny zwrot dokumentu pełnomocnictwa oraz przekazanie skanu mojego oświadczenia o odwołaniu pełnomocnictwa do systemu SOW.

.....
data

.....
czytelny podpis osoby odwołującej pełnomocnictwo

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

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

UWAGI

.....

.....

.....

(data) (pieczęć i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwie zaznaczyć

Klauzula informacyjna wobec wnioskujących o dofinansowanie uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych

1. Administratorami Pani/Pana danych osobowych są:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Obornikach z siedzibą przy ul.11 Listopada 2A, 64-600 Oborniki zwany dalej „Administratorem”;

2. Inspektor Ochrony Danych

W sprawach ochrony Pani/Pana danych można kontaktować się z wyznaczonym Inspektorem Ochrony Danych pod adresem: e-mail iod@synergiaconsulting.pl pod numerem telefonu 500 610 605 lub pisemnie na adres siedziby Administratora;

3. Ogólne cele i podstawy przetwarzania

Administrator będzie przetwarzał Pani/Pana dane osobowe w celu rozpatrzenia wniosku i wydania decyzji w przedmiocie przyznania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit c RODO oraz art. 9 ust. 1 lit. b RODO w związku art. 35a. ust. 1 pkt 7) ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

4. Odbiorcy danych

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane:

- 1) podmiotom, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej z administratorem umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych m.in. firmom informatycznym, hostingowym, prawniczym, audytorskim, firmom zajmującym się ochroną danych osobowych,
- 2) oprócz tego możemy zostać zobowiązani np. na podstawie przepisu prawa do udostępnienia Pana/Pani danych osobowych podmiotom prywatnym i publicznym

5. Okres przechowywania danych

Pani/Pana dane osobowe po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane w celach archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny wynikający z przepisów dotyczących archiwizowania dokumentów obowiązujących u Administratora (Rzeczowy Wykaz Akt), w przypadku przetwarzania na podstawie zgody do czasu zrealizowania celu lub jej odwołania.

6. Posiada Pani/Pan prawo do;

- 1) dostępu do treści swoich danych na podstawie art. 15 RODO przy czym:
- 2) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe;
- 3) żądania usunięcia danych na podstawie art. 17 RODO (z zastrzeżeniem ust 3 lit b i e);
- 4) ograniczenia przetwarzania na podstawie art. 18 RODO
- 5) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

7. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych

Podanie danych osobowych jest dobrowolne jednak niezbędne do rozpatrzenia wniosku

8. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

Pani/Pana dane nie będą podlegały profilowaniu.

.....
podpis Wnioskodawcy

Oświadczenie RODO

Imię, nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci imienia, nazwiska, adresu poczty elektronicznej, numeru pesel, danych zwykłych oraz danych szczególnej kategorii zawartych w przedmiotowym wniosku, przez **Powiatowe Centrum pomocy Rodzinie w Obornikach** będące administratorem moich danych osobowych, w celach czynności rejestracji oraz wprowadzenia danych osobowych z wniosku do Systemu Obsługi Wsparcia „SOW” finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych „PFRON” dostępnego pod adresem <https://sow.pfron.org.pl/>

Zostałam/em poinformowany/a, że niniejsza zgoda jest dobrowolna oraz może być w każdym momencie wycofana poprzez złożenie oświadczenia w siedzibie Administratora Danych Osobowych.

Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Dla pozostałych czynności prawnych związanych z procedowaniem przedmiotowego wniosku w szczególności przechowywania danych w systemie SOW, mają zastosowanie podstawy przetwarzania właściwe dla odrębnego Administratora Danych Osobowych – PFRON; art. 6 ust. 1 lit, oraz art. 9 ust. 1 lit. b, art. 9 ust. 1 lit. g RODO w związku zadaniami określonymi w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Pełna treść klauzuli obowiązku informacyjnego dostępna jest pod adresem:
<https://bip.pcpr.powiatobornicki.pl/>

Adres poczty elektronicznej:

.....

podpis

