

.....
data wpływu wniosku

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

Nr SPRAWY: PCPR.501.....2021

**Wniosek o przyznanie dofinansowania
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

1. Dane wnioskodawcy:

Imię i nazwisko
PESEL.....
Adres zamieszkania
(miejsce pobytu*).....
Telefon.....
Data urodzenia

2. Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

3. POSIADANE ORZECZENIE (zaznaczyć X odpowiednią rubrykę):

znaczny – (inwalidzi I grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji oraz osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny na podstawie orzeczenia wydanego przed 1 stycznia 1998 r.)	
umiarkowany – (inwalidzi II grupy oraz osoby całkowicie niezdolne do pracy)	
lekki – (inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy oraz osoby stale lub długotrwanie niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 1 stycznia 1998 r.)	
osoba w wieku do lat 16 posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności	

4. KORZYSTAŁEM (AM) Z DOFINANSOWANIA DO UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM ZE ŚRODKÓW PFRON** Tak (podać rok) Nie

5. JESTEM ZATRUDNIONY/A W ZAKŁADZIE PRACY CHRONIONEJ Tak Nie

5. Imię i nazwisko opiekuna
(wypełnić, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

6. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika:

Imię i nazwisko:
Dowód osobisty: seria Nr wydany w dniu
przez
Adres zamieszkania (stały/czasowy)
PESEL
Ustanowiony opiekunem / pełnomocnikiem
(postanowieniem Sądu Rejonowego z dniasygn.akt / na mocy
pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza*
z dnia..... repetytorium nr)

*niepotrzebne skreślić

7. OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że przeciętny **miesięczny** dochód rodziny, 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 w gospodarstwie domowym wynosi

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnej (sporządzonej nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą rozpoczęcia turnusu) „ Informacji o stanie zdrowia” sporządzonej przez lekarza, pod którego opieką się znajduję.

Zobowiązuję się do dostarczenia do PCPR we Wschowie w terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania, nie później jednak niż na 21 dni przed dniem rozpoczęcia turnusu „Informacji o turnusie” sporządzonej na odrębnym załączniku.

Oświadczam, że na podstawie art. 7 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wschowie w celu ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Podaję dane osobowe, zgodnie z art. 4 pkt 11 w/w rozporządzenia, tj. dobrowolnie, konkretnie, świadomie i jednoznacznie okazuję wolę oraz oświadczam, że są one zgodne z prawdą. 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.

Przyjmuję do wiadomości, że niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z PFRON i uchwaleniu planu finansowego na dany rok.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodna z prawdą oraz jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

.....
Data

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

UWAGA!!!

Do wniosku należy dołączyć kserokopię (oryginał do wglądu) aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoznacznego (orzeczenie o przyznanej grupie inwalidzkiej, orzeczenia o niezdolności do pracy) lub w przypadku dzieci do lat 16 kopia orzeczenia o niepełnosprawności.

ADNOTACJE PCPR

I. Sposób rozpatrzenia wniosku (pozytywnie/negatywnie).....

Nie przyznano dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym z powodu:

II. Wysokość dofinansowania określono zgodnie z § 6, ust.1 Rozporządzenia ¹

- | | | | | |
|----|--|----------------------|-----------------|-----|
| 1. | pkt.1 tj. 30% przeciętnego wynagrodzenia | <input type="text"/> | w kwocie: | zł. |
| 2. | pkt.2 tj. 27% przeciętnego wynagrodzenia | <input type="text"/> | w kwocie: | zł. |
| 3. | pkt.3 tj. 25% przeciętnego wynagrodzenia | <input type="text"/> | w kwocie: | zł. |
| 4. | pkt.4 tj. 20% przeciętnego wynagrodzenia | <input type="text"/> | w kwocie: | zł. |
| 5. | pkt.5 tj. 2% przeciętnego wynagrodzenia | <input type="text"/> | w kwocie: | zł. |

III. Obniżenie wysokości dofinansowania wg § 6, ust 3 nw. Rozporządzenia NIE/TAK %

IV. Ostateczna kwota ustalonego dofinansowania:

1.	OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA zł
2.	OPIEKUN zł

Stwierdzam, że wniosek jest kompletny i wraz z załącznikami spełnia kryteria zgodności z aktualnymi w dniu jego rozpatrzenia aktami prawnymi i przepisami szczegółowymi w zakresie warunków, jakie powinny spełniać osoby niepełnosprawne ubiegające się o dofinansowanie ze środków PFRON do uczestnictwa w turnusie, trybu składania i rozpatrywania wniosku o dofinansowanie oraz sposobu ustalenia wysokości kwoty dofinansowania.

.....
Data i podpis pracownika socjalnego

.....
Data i podpis pracownika PCPR

Organizator i ośrodek tego turnusu wybrany przez Wnioskodawcę spełniają/niepełniają warunki określone w § 8 Rozporządzenia MPiPS z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz.U. Nr 230 poz. 1694 z późn. zm.)

.....
(Data i podpis pracownika PCPR)

Po analizie wniosku, zgodnie z obowiązującymi procedurami dofinansowania, Kierownik Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we Wschowie przyznaje / nie przyznaje dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego w 2021 roku w kwocie ustalonej w pkt IV

.....
(Data)

.....
(Pieczęć PCPR)

.....
(Pieczęć i podpis Kierownika PCPR)

¹ Rozporządzenie MGPiPS z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz.U. Nr 230, poz. 1694 z późn. zm.)

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania.....

(miejsce pobytu*).....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:**

- dysfunkcja narządu ruchu dysfunkcja narządu słuchu dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe choroba psychiczna epilepsja
- schorzenia układu krążenia osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- inne (jakie?)

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

- Nie
- Tak - uzasadnienie

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

Uzasadnienie wniosku:

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

** Właściwie zaznaczyć

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zgodnie z § 4 ust. 2, pkt 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1694 z późn. zm.) wybrany przeze mnie opiekun:

- a) nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
- b) nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- c) ukończył 18 lat albo ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem mojej rodziny.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zgodnie z § 4 ust 1, pkt 6 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopad 2007r.. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1694 z późn. zm.) nie będę pełnił funkcji członka kadry na wybranym przeze mnie turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE

(wypełnia opiekun)

Ja niżej podpisany/na:.....
(imię i nazwisko opiekuna)

opiekun:.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

zamieszają:.....
(adres)

oświadczam, że zgodnie z § 4 ust. 2, pkt 2 Rozporządzenia Ministra, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1964 z późn. zm.):

- a) nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
- b) nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- c) ukończyłem 18 lat* / ukończyłem 16 lat* i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem mojej rodziny

.....
(data)

.....
(czytelny podpis opiekuna)

* właściwe podkreślić

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

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

1. Dane Wnioskodawcy:

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL

Adres zamieszkania.....

(miejsce pobytu*).....

Rodzaj turnusu.....termin turnusu: od.....do.....

2. Dane organizatora turnusu:

Nazwa i adres (z kodem pocztowym)

.....
.....

3. 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 powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

(Aktualną „Informację o stanie zdrowia” Wnioskodawca
zobowiązany jest do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym)

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania.....

(miejsce pobytu*).....

Rozpoznanie choroby zasadniczej.....
.....
.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje.....
.....
.....

Uczulenia.....
.....
.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne
.....
.....
.....

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych
.....
.....
.....

Przebyte choroby zakaźne-dotyczy osób do 16 roku życia
.....
.....
.....

Szczepienia ochronne(data)- dotyczy osób do 16 roku życia
.....
.....
.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej