

**Wniosek o przyznanie dofinansowania
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

(miejsce pobytu*).....

Telefon.....

Data urodzenia

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE**

- a) o stopniu niepełnosprawności Znacznym Umiarkowanym Lekki
- b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów I II III
- c) o całkowitej niezdolności do pracy/ 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 zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

OŚWIADCZENIE

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, w którym składany jest wniosek, 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.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

.....
 data

.....
 czytelny podpis Wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/
 opiekuna prawnego / pełnomocnika

* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

** Właściwe zaznaczyć

Wypełnia PCPR

.....
 Data wpływu wniosku do PCPR

.....
 Pieczęć PCPR i podpis pracownika

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

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamościtel:.....

Adres zamieszkania

ustanowiony opiekunem prawnym postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia.....
sygn. akt.....

lub

ustanowiony pełnomocnikiem na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza
z dnia repet. nr

.....
data

.....
czytelny podpis przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego / pełnomocnika

UWAGA! wypełnia Opiekun

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

(wypełnić, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

Ja niżej podpisany/na

Zamieszkały/ła

Będę pełnić funkcję opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym dla:

Zgodnie z § 4 ust. 2 pkt. 2 Rozporządzenia MPiPS z dnia 15.11.2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych oświadczam, że jako opiekun osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym:

1. Nie będę pełnić funkcji członka kadry na tym turnusie;
2. Nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby;
3. Ukończyłem(łam) 18 lat/
lub ukończyłem(łam) 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych.

.....
czytelny podpis Opiekuna

OŚWIADCZENIE**Wnioskodawcy o dochodach we wspólnym gospodarstwie domowym**

Imię i nazwisko Wnioskodawcy

Adres zamieszkania

Oświadczam, iż moje wspólne gospodarstwo domowe, tworzą następujące osoby:

Lp.	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Rok urodzenia	Dochód *miesięczny / netto /	
			Rodzaj dochodu** lub liczba hektarów przeliczeniowych	wysokość
1.	WNIOSKODAWCA			
2.	UWAGA! Nie należy wpisywać imion i nazwisk osób, z którymi prowadzi się wspólne gospodarstwo domowe. Należy podać tylko ich rok urodzenia, stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą i dochód miesięczny.			
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
Ja bądź moi członkowie rodziny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym posiadają gospodarstwo rolne <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK				
Łączny przeciętny miesięczny dochód rodziny /netto/:				

Oświadczam, że ja bądź moi członkowie rodziny pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym:

1) pobierają świadczenia z ośrodka pomocy społecznej NIE TAK (jakie?).....

.....

Oświadczam, że w **kwartale poprzedzającym** miesiąc, w którym składany jest wniosek **przeciętny miesięczny dochód***** przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowymwyniósł: złotych.

Oświadczam, że znana jest mi odpowiedzialność karna za składanie fałszywych zeznań, przewidziana w artykule 233 K.k. zgodnie z którym za złożenie fałszywych zeznań grozi kara pozbawienia wolności do lat 3, jak również znana jest mi treść art. 297 K.k.

.....
data.....
czytelny podpis Wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego / pełnomocnika

* Jest to średni miesięczny dochód z kwartału poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składką z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób.

** Np.: praca, działalność gospodarcza, gospodarstwo rolne, renta, emerytura, itp., lub uczeń, student, brak dochodu.

*** Dochód łączny należy podzielić przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

UWAGA! Świadczenie pielęgnacyjne, zasiłek pielęgnacyjny, rodzinny i wychowawczy nie jest dochodem w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych.

.....
Imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....
miejscowość, data

.....
adres

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/na świadomy/ma odpowiedzialności karnej, grożącej mi za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą na podstawie art. 233 Kodeksu Karnego, oświadczam, że:

1. Nie posiadam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz że w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie;
2. Będę uczestniczył/ła w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybiorę;
3. Nie będę pełnił/ła funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu;
4. W przypadku turnusu, którego program przewiduje także zabiegi fizjoterapeutyczne, przedstawię podczas pierwszego badania lekarskiego na turnusie zaświadczenie lekarskie o aktualnym stanie zdrowia, w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach;
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych.

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego / pełnomocnika

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu finansowego na rok bieżący przez Radę Powiatu Mińskiego;
2. Do wniosku należy dołączyć:
 - a. kopię 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,
 - b. zaświadczenie o kontynuowaniu nauki szkolnej – dotyczy dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w wieku 16 - 24 lat uczącej się i niepracującej,
 - c. kopię dokumentu potwierdzającego prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej (np. jako: opiekun prawny, pełnomocnik).

.....
czytelny podpis Wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego/
opiekuna prawnego / pełnomocnika



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:**

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

- Nie
- Tak - uzasadnienie
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

** Właściwe zaznaczyć

UWAGA!

Zgodnie z § 4.2 Rozporządzenia MPiPS z dnia 15 listopada 2007r. W sprawie turnusów rehabilitacyjnych „Osobie niepełnosprawnej o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo równoważnym albo osobie niepełnosprawnej do 16 lat może być przyznane dofinansowanie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym jej opiekuna, pod warunkiem, że wniosek lekarza zawiera wyraźne wskazanie wraz z uzasadnieniem konieczności pobytu opiekuna