

Data wpływu wniosku do PCPR

Nr sprawy: PCPR-CZP.4413.....2020

Podstawa prawna: Rozporządzenie MPIPS z dnia 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych [Dz. U. 2007. 230.1694 z późn. zm.]

**WNIOSEK
O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON DO UCZESTNICTWA
W TURNUSIE REHABILITACYJNYM**

Dane osoby niepełnosprawnej : (WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

Imiona i nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania*

numer telefonu e-mail

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

Posiadane orzeczenie: **

Stopień niepełnosprawności

znaczny <input type="checkbox"/>	I grupa <input type="checkbox"/>	całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/>
umiarkowany <input type="checkbox"/>	II grupa <input type="checkbox"/>	całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/>
lekki <input type="checkbox"/>	III grupa <input type="checkbox"/>	częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/>
o niepełnosprawności (do 16 roku życia) <input type="checkbox"/>		
termin ważności orzeczenia	<input type="checkbox"/> trwałe	<input type="checkbox"/> czasowe do

Korzystałam/em z dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON**

Tak

Nie

Jeśli tak, podać rok

--	--	--	--	--

Jestem zatrudniony/a w zakładzie pracy chronionej ** Tak Nie

Dane osoby, która będzie pełniła funkcję opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym:

Imię i nazwisko opiekuna

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

W/w opiekun pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym** Tak Nie

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwie zaznaczyć

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/osobę

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:

Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.

Oświadczam, że:

1. Nie mam zaległości wobec PFRON oraz nie byłem/em w ciągu trzech ostatnich lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
2. Dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne z prawdą oraz jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
4. Zapoznałam/em 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 zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.**

.....
(Miejscowość i data)

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

Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik:

.....
imię (imiona) i nazwisko

.....syn/córka***
(imię ojca)

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

miejscowość.....ulica.....nr domu.....nr lokalu.....
(dokładny adres)

nr kodu.....-.....poczta.....powiat.....województwo.....

nr tel./faxu..... ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem*** *(postanowieniem Sądu*

*Rejonowego z dn..... sygn. akt/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza****

z dn. repert. nr)

Wypełnia PCPR:

.....
data wpływu wniosku do PCPR

.....
pieczęć PCPR i podpis pracownika

* Ustawa z dnia 28 listopada 2003r. o świadczeniach rodzinnych [Dz.U.2018.2220 t.j. z późn. zm.]

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

*** Właściwe zaznaczyć

Oświadczenie Wnioskodawcy

W związku ze złożonym przeze mnie wnioskiem o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym oświadczam, że:

1. w roku bieżącym nie uzyskałam/em dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON,
2. dokonam wyboru ośrodka i organizatora turnusu posiadającego odpowiednio wpis do rejestru ośrodków i organizatorów turnusów obejmujący okres trwania turnusów, zgodnie z informacją zawartą na stronie internetowej: <http://empatia.mpips.gov.pl>,
3. będę uczestniczyć w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybiorę,
4. nie będę pełnił funkcji kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.

Przyjmuję do wiadomości że:

1. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych dla powiatu sanockiego na rok 2020 i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel.
2. Szczegółowe zasady przyznawania dofinansowania określają „Wytyczne do rozpatrywania wniosków (...) w 2020r.”
3. Pierwszeństwo w uzyskaniu dofinansowania mają:
 - osoby niepełnosprawne, które posiadają orzeczenia o zaliczeniu do znacznego i umiarkowanego stopnia niepełnosprawności albo równoważne,
 - osoby niepełnosprawne w wieku do 16 lat albo w wieku do 24 lat uczące się i niepracujące bez względu na stopień niepełnosprawności,
4. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnacje należy zgłaszać do tutaj. PCPR w formie pisemnej !

Zapoznałam/em się z powyższym:

.....
(Miejscowość i data)

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

Oświadczenie opiekuna

W związku z funkcją opiekuna, jaką będę pełnił na turnusie wobec osoby niepełnosprawnej

.....
(imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej)

oświadczam, że:

1. nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
2. nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
3. jestem osobą pełnoletnią lub:
4. ukończyłam/em 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej**
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 6 ust. 1 lit.a ogólnego rozporządzenie o ochronie danych, z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 w/w rozporządzenia.

Miejscowość, dnia

.....
(podpis opiekuna)

Wymagane załączniki:

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt lub art. 62 ustawy**, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy**, kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.; (oryginał do wglądu).
2. Osoby niepełnosprawne w wieku 16-24 lat uczące się i niepracujące - zaświadczenie ze szkoły lub z uczelni.
3. Kopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym w przypadku wniosku dot. osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny/pełnomocnik.

* Właściwie zaznaczyć

** Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych [Dz.U.2019.1172 t.j. z późn.zm.]

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY
(WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE W JĘZYKU POLSKIM)

Imię i nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania*

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"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:**

- Nie
 Tak – uzasadnienie

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

Uwagi:

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

.....
data

.....
pieczęćka i podpis lekarza

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
** Właściwie zaznaczyć