



Data wpływu: _____

Nr wniosku TR/DZ*/_____/_____/_____

Nr sprawy DdRS.6100._____/_____/_____

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

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

Imię i nazwisko _____

PESEL albo numer dokumentu tożsamości _____

Adres zamieszkania (pobyt stały)** _____

Data urodzenia _____ nr telefonu: _____

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym _____

POSIADANE ORZECZENIE – informacja zgodna z zapisem zawartym w orzeczeniu ***

- a) o stopniu niepełnosprawności: znacznym umiarkowanym lekkim
- 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
- o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia.

Orzeczenie ważne: okresowo do _____ bezterminowo

Korzystałem(am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON***

 Tak (podać rok) _____ NieJestem zatrudniony/a w zakładzie pracy chronionej***: Tak Nie

Imię i nazwisko opiekuna _____

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

OŚWIADCZENIE

Niniejszym 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, wynosi _____ 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” sporządzonego przez lekarza, pod którego opieką się znajduję.

Data_____
Czytelny podpisWnioskodawcy, pełnomocnika,
przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego.

* Niepotrzebne skreślić.

** W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

*** Właściwe zaznaczyć

Wypełnia MOPS - Dąbrowa Górnicza

Data wpływu wniosku do MOPS_____
Pieczęć MOPS_____
Pieczętka i podpis pracownika

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY/OPIEKUN PRAWNY/ PEŁNOMOCNIK*

Nazwisko i imię _____ Nr PESEL _____

Adres zamieszkania: nr kodu _____ - _____ miejscowość _____

ulica _____ nr domu _____ nr lokalu _____

Rodzic osoby niepełnosprawnej

Opiekun prawny osoby niepełnosprawnej ustanowiony - postanowienie Sądu Rejonowego

z dn. _____ sygn. akt/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza repet.

nr _____ z dn. _____

data

podpis przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego* pełnomocnika*

* Niepotrzebne skreślić.

PRZYJMUJE DO WIADOMOŚCI, ŻE:

- ✓ DOKONANIE WPŁATY ZALICZKI W CELU REZERWACJI TURNUSU REHABILITACYJNEGO NIE JEST PODSTAWĄ PRZYZNANIA DOFINANSOWANIA DO UCZESTNICTWA W TURNUSIE,
- ✓ OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA DOKONUJE REZERWACJI WYŁĄCZNIE NA WŁASNĄ ODPOWIEDZIALNOŚĆ,
- ✓ INFORMUJEMY, ŻE OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA, W TERMINIE 30 DNI OD OTRZYMANIA POWIADOMIENIA O PRZYZNANIU DOFINANSOWANIA, NIE PÓŹNIEJ JEDNAK NIŻ 21 DNI PRZED DNIEM ROZPOCZĘCIA TURNUSU REHABILITACYJNEGO PRZEKAZUJE DO SIEDZIBY MOPS W DĄBROWIE GÓRNICZEJ, ALEJA JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 2 „INFORMACJĘ O WYBORZE TURNUSU”. NIE DOTRZYMANIE WW. TERMINU ZOSTANIE POTRAKTOWANE JAKO REZYGNACJA Z PRZYZNANEGO DOFINANSOWANIA,
- ✓ UZYSKUJĄC DOFINANSOWANIE OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA ZOBOWIĄZUJE SIĘ DO JEGO WYKORZYSTANIA W ROKU BIEŻĄCYM. W PRZYPADKU REZYGNACJI Z PRZYZNANEGO DOFINANSOWANIA, INFORMACJĘ W TYM ZAKRESIE NALEŻY ZŁOŻYĆ NA PIŚMIE,
- ✓ OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA DOKONUJE WYBORU OŚRODKA I ORGANIZATORA TURNUSU REHABILITACYJNEGO, KTÓRE WINNY POSIADAĆ WPISY DO REJESTRU OŚRODKÓW I ORGANIZATORÓW OBEJMUJĄCE OKRES TRWANIA TURNUSU ORAZ SĄ UPRAWNIONE DO PRZYJMOWANIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH Z OKREŚLONYMI W ORZECZENIU I/LUB WE WNIOSKU LEKARSKIM DYSFUNKCJAMI I/LUB SCHORZENIAMI.

Oświadczam, że o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Samorządu Powiatu Dąbrowy Górniczej Tak Nie

Data

Czytelny podpis
Wnioskodawcy, pełnomocnika,
przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego

UWAGA!!!

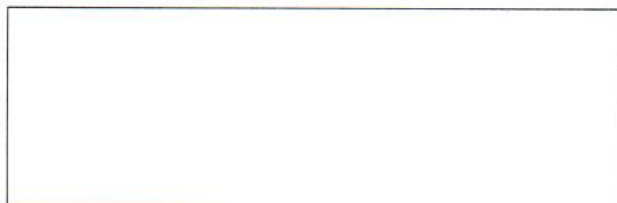
Zgodnie z art. 10e, ust. 1 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r., poz. 511, ze zm.) o dofinansowanie mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli dochód tych osób nie przekracza kwoty:

- a) 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,
- b) 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.

W przypadku przekroczenia kwoty dochodu kwotą dofinansowania pomniejsza się o kwotę, o którą dochód ten został przekroczony.

Do wniosku należy dołączyć:

- 1) Kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność - oryginał do wglądu.
- 2) Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny – zał. nr 2.
- 3) W przypadku osób w wieku 18 – 24 lata – zaświadczenie potwierdzające kontynuowanie nauki.
- 4) Pełnomocnictwo w przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadczonego notarialnie, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności lub dokument stanowiący opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny – oryginał do wglądu.



Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY
(prosimy o czytelne wypełnienie wniosku)

Imię i nazwisko _____

PESEL lub numer i seria dokumentu tożsamości _____

Adres zamieszkania* _____

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji **:

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

Konieczność opieki osoby drugiej na turnusie rehabilitacyjnym:**

- Nie
- Tak – uzasadnienie konieczności opieki _____
- _____
- _____
- _____

Uwagi:

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwie zaznaczyć

Data_____
Podpis i pieczęć lekarza

WYPEŁNIA PRACOWNIK MOPS

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU:

L.p.	Nazwa załącznika	Załączono (zaznaczyć właściwe)	Uzupełniono (zaznaczyć właściwe)	Data uzupełnienia
		Wypełnia pracownik przyjmujący wniosek		
1.	Kserokopia aktualnego dokumentu potwierdzającego stopień niepełnosprawności lub niepełnosprawność w przypadku dziecka do 16 roku życia - oryginał do wglądu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny (załącznik nr 2).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	W przypadku osób w wieku 18 - 24 lata – zaświadczenie potwierdzające kontynuowanie nauki.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Pełnomocnictwo w przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadzonego notarialnie, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności lub dokument stanowiący opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny – oryginał do wglądu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Inne załączone dokumenty:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Pieczątką imienna pracownika przyjmującego wniosek

Data, podpis: