

**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 dok. tożsamości NR

Adres zamieszkania*

Data urodzenia - - Numer telefonu

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

Posiadane orzeczenie (KOPIA W ZAŁĄCZENIU):**

- 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 niezdolności do samodzielnej egzystencji o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym
- d) o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

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

JESTEM ZATRUDNIONY/A W ZAKŁADZIE PRACY CHRONIONEJ** Tak Nie

DANE OPIEKUNA:

(zgodne z zał. oświadczeniem)

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 (przyjmuję do wiadomości, że podanie nieprawdziwych informacji eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania, prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam pod odpowiedzialnością karną przewidzianą w 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. -Kodeks Karny /DZ . U. 1997 r. Nr 88 poz. 553, ze zm./.

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

.....
Data.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu;

** Właściwie zaznaczyć;

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

Wypełnia MOPS

data wpływu i podpis pracownika:

OŚWIADCZAM ŻE:

1. **Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.**
2. **Przyjmuję do wiadomości i stosowania**, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji zadania: „uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym”.
3. **Przyjmuję do wiadomości i stosowania**, konieczność złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów w przypadku, gdy MOPS poweźmie wątpliwości odnośnie do podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania.
4. **Zobowiązuje się niezwłocznie poinformować MOPS w Mysłowicach o wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, nie później jednak niż w terminie 7 dni od ich wystąpienia.**
5. **Przyjmuję do wiadomości i stosowania warunki**, jakie powinny spełniać osoby niepełnosprawne ubiegające się o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym:
 - a. Osoba niepełnosprawna może ubiegać się o dofinansowanie pod warunkiem, że:
 - weźmie udział w turnusie, który odbędzie się w ośrodku wpisanym do rejestru ośrodków, prowadzonym przez wojewodę,
 - wybierze organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusów;
 - będzie uczestniczyła w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybrała;
 - b. Osobie niepełnosprawnej o **znacznym** lub **umiarkowanym** stopniu niepełnosprawności albo równoważnym oraz osobie niepełnosprawnej w wieku 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.**
 - c. Dofinansowanie uczestnictwa osoby niepełnosprawnej w turnusie rehabilitacyjnym może być wykorzystane jedynie przez osobę, której zostało przyznane.
 - d. Ze środków PFRON nie może być dofinansowane uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym finansowanym w części lub całości na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub systemu ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.
6. **Przyjmuję do wiadomości i stosowania**, że turnus rehabilitacyjny oznacza zorganizowaną formę aktywnej rehabilitacji połączonej z elementami wypoczynku, której celem jest ogólna poprawa psychofizycznej sprawności oraz rozwijanie umiejętności społecznych uczestników, między innymi przez nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych, realizację i rozwijanie zainteresowań, a także przez udział w innych zajęciach przewidzianych programem turnusu.

dnia ___ / ___ / 20___ r. CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY
---------------------------	---------------------------------------

Wypełnia pracownik MOPS w trakcie przyjęcia wniosku:

L.P.	NAZWA ZAŁĄCZNIKA	ZAŁĄCZONO DO WNIOSKU			UZUPEŁNIONO W DNIU:
		TAK	NIE	NIE DOTYCZY	
1	Aktualny dokument stwierdzający niepełnosprawność (orzeczenie) wnioskodawcy – kopia, oryginał do wglądu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Oświadczenie opiekuna (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wnioskodawca na dzień złożenia wniosku **SPEŁNIA / NIE SPEŁNIA*** kryterium, które wynosi:

_____ – na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym;

_____ – na osobę samotną.

Dochód przekracza kryterium o kwotę: _____ zł.

Po zapoznaniu się ze złożoną dokumentacją, kwalifikuję wniosek do rozpatrzenia:

POZYTYWNEGO / NEGATYWNEGO

.....
 pieczętka i podpis