

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

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*.....

.....tel.....

Data urodzenia

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE**

- | | | | |
|--|----------|--------------|--------|
| 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 | | | |
| 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 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.

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 poz.922).

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Wypełnia PCPR

.....
Data wpływu wniosku do PCPR

.....
Pieczęć PCPR i podpis pracownika

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

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

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**

- | | |
|---|--|
| ☐ dysfunkcja narządu ruchu | ☐ dysfunkcja narządu słuchu |
| ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | |
| ☐ dysfunkcja narządu wzroku | ☐ upośledzenie umysłowe |
| ☐ choroba psychiczna | ☐ padaczka |
| ☐ schorzenie układu krążenia | ☐ inne (jakie?) |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- ☐ NIE
- ☐ TAK - uzasadnienie
-
-
-
-
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć.

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO
(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej
rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*... ..

.....

Rodzaj turnusu

Termin turnusu: od do

DANE ORGANIZATORA TURNUSU:

Nazwa i adres z kodem pocztowym

.....

.....

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 świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych lub o systemie
ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym
rolników.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

INFORMACJA

o przeciętnym miesięcznym dochodzie, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, pomniejszonym o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

Nazwisko i imię
(osoby niepełnosprawnej)

Adres zamieszkania
(miejscowość, ulica, numer domu)

I. Dane dotyczące niepełnosprawnego (wnioskodawcy) o osiąganych przez niego średnich dochodach za kwartał..... roku.

1. wynagrodzenie - średni dochód zakw..... - zł /miesiąc

2. emerytura - renta za.....kwartał..... - zł /miesiąc

3. dochód rolny (ha przeliczeniowe)

4. inne (alimenty, zasiłki, itp.)

II. Dane dotyczące członków rodziny niepełnosprawnego pozostających z nim we wspólnym gospodarstwie domowym:

Pokrewieństwo	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Przeciętny dochód netto w rozumieniu o świadczeniach rodzinnych obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc w którym składany jest wniosek	
			rodzaj dochodu	wysokość

Średni dochód miesięczny na 1 członka rodziny za.....

kwartał.....wynosi:..... zł.

Do informacji załączam dowodów.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis niepełnosprawnego)

Załączniki:

1. Oświadczenie o wysokości dochodów średnio miesięcznych netto za kwartał poprzedzający miesiąc składanego wniosku.
2. Decyzje właściwego Urzędu Gminy w sprawie wymiaru podatku rolnego.
3. Inne.....

**Ocena sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej
ubiegającej się o uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym
z dofinansowaniem ze środków PFRON**

NAZWISKO I IMIĘ.....

- 1. Czy korzysta Pan/i z ośrodków wsparcia (warsztat terapii zajęciowej, środowiskowy dom samopomocy, dom dziennego pobytu, kluby integracyjne, organizacje społeczne, stowarzyszenia lub inne)***

TAK (podać jakie)
.....

NIE

- 2. Czy wymaga Pan/i pomocy osoby drugiej w realizacji kontaktów społecznych w codziennym funkcjonowaniu (np. nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów społecznych, wykonywanie czynności i rozwiązywanie problemów dnia codziennego, załatwianie spraw urzędowych, podejmowanie decyzji dotyczących własnej osoby).**

TAK

NIE

- 3. Czy korzysta Pan/i z usług pielęgnacyjnych opiekuńczych bądź specjalistycznych usług opiekuńczych:**

TAK (podać przez kogo świadczone)
.....

NIE

*** właściwe zaznaczyć**

.....
podpis wnioskodawcy

INFORMACJA

o przeciętnym miesięcznym dochodzie w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, pomniejszonym o obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, ***obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.***

Nazwisko i imię

.....
(osoby niepełnosprawnej)

Adres zamieszkania

.....
(miejscowość, ulica, numer domu)

I. Dane dotyczące niepełnosprawnego (wnioskodawcy) o osiągniętych przez niego średnich miesięcznych dochodach za kwartał 200..... rok.:

1. wynagrodzenie – średni miesięczny dochód za kwartał 200.... rok. -.....zł.
2. emerytura-renta – średni miesięczny dochód za kwartał 200.....rok. -.....zł.
3. dochód rolny (ha przeliczeniowe)
4. inne (alimenty, zasiłki, itp.....
.....

II. Dane dotyczące członków rodziny niepełnosprawnego pozostających z nim we wspólnym gospodarstwie domowym:

Pokrewieństwo	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Przeciętny dochód netto w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek	
			rodzaj dochodu	wysokość

Średni m-czny dochód na 1 członka rodziny za kwartał 200..... r. wynosi:.....zł

Do informacji załączam dowodów.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis niepełnosprawnego)

Załączniki:

1. Oświadczenie o wysokości dochodów średnio miesięcznych netto za kwartał poprzedzający miesiąc składanego wniosku
2. Decyzje właściwego Urzędu Gminy w sprawie wymiaru podatku rolnego.
3. Inne.....

OŚWIADCZENIE

Imię , nazwisko i miejsce zamieszkania osoby składającej oświadczenie:

.....

.....

Ja niżej podpisany(a) pouczone(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233§ 1 KK za składanie fałszywych zeznań, składam stosownie do art. 75 § 2 KPA

oświadczenie następującej treści:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

..... dn.:.....

(podpis osoby składającej oświadczenie)

Oświadczenie zostało przyjęte przez:

Art. 233 § 1 KK

Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Art. 75 § 2 KPA

Jeżeli przepis prawa nie wymaga urzędowego potwierdzenia określonych faktów lub stanu prawnego w drodze zaświadczenia właściwego organu administracji, organ administracji publicznej odbiera od strony, na jej wniosek, oświadczenie złożone pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania.