



Data wpływu wniosku do PCPR



Pieczęć Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

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

Dane dotyczące wnioskodawcy

Imię i nazwisko PESEL

adres zamieszkania (miejscowość, w której osoba niepełnosprawna przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego, w którym skoncentrowane są plany życiowe):

telefon.....

Dane przedstawiciela ustawowego (rodzic, opiekun prawny) lub pełnomocnika osoby niepełnosprawnej

Imię i nazwisko PESEL

adres zamieszkania: telefon

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/na w zakładzie pracy chronionej

Tak Nie

Imię i nazwisko opiekuna..... stopień pokrewieństwa

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

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz w ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłam/em stroną umowy zawartej z Funduszem, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany, że:

- administratorem moich danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łęcznej z siedzibą przy ul. Staszica 9;
- przysługują mi prawa do: dostępu do danych osobowych, uzyskania kopii danych, sprostowania danych oraz ograniczenia przetwarzania;
- klauzula informacyjna (zgodnie z obowiązkiem informacyjnym wynikającym z art. 13 RODO), jest dostępna w formie papierowej w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łęcznej oraz na stronie internetowej www.pcprrleczna.pl w zakładce rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych „klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Łęcznej”.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania podanych przeze mnie danych osobowych w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Łęcznej.

.....
data.....
podpis osoby niepełnosprawnej / przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika

Oświadczenia wnioskodawcy:

1. W przypadku turnusu, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne, zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.
2. Oświadczam, że nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na tym turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.
3. Oświadczam, że będę uczestniczył/a w zajęciach przewidzianych w programie turnusu.
4. Oświadczam, że wezmę udział w turnusie, który odbędzie się w ośrodku wpisanym do rejestru ośrodków, prowadzonego przez wojewodę, albo poza takim ośrodkiem, w przypadku, gdy turnus jest organizowany w formie niestacjonarnej.
5. Oświadczam, że wybiorę organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusów prowadzonego przez wojewodę.
6. Oświadczam, że w przypadku skrócenia uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe poniosę koszty pobytu na tym turnusie.
7. Oświadczam, że mój opiekun*:
 - a) nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
 - b) nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
 - c) ukończył 18 lat albo ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.
 - d) oświadczam, że w przypadku skrócenia pobytu mojego opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe opiekun ten poniesie koszty pobytu na tym turnusie.

Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łęcznej dla potrzeb niezbędnych dla realizacji dofinansowania.

Oświadczam, że zobowiązuję się do dostarczenia do PCPR w Łęcznej w terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania, nie później jednak niż na 21 dni przed dniem rozpoczęcia turnusu, „Informacji o wyborze turnusu” sporządzonej na odrębnym załączniku, który otrzymam wraz z Informacją o przyznaniu dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego.

.....
data

.....
podpis osoby niepełnosprawnej / przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika

*dotyczy osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo równoważnym oraz osoby niepełnosprawnej w wieku do 16 lat, która ubiega się o dofinansowanie do opiekuna.

Wypełnia pracownik PCPR w Łęcznej:

PCPR w Łęcznej po otrzymaniu informacji o wyborze turnusu rehabilitacyjnego dokonał sprawdzenia w rejestrach ośrodków i organizatorów:

- 1) że wybrany przez osobę niepełnosprawną ośrodek i organizator tego turnusu posiadają odpowiednio wpis do rejestru ośrodków i organizatorów, obejmujący okres trwania turnusu wybranego przez osobę niepełnosprawną;
- 2) że ośrodek, w którym odbędzie się turnus, jest uprawniony do przyjmowania osób niepełnosprawnych z określonymi w orzeczeniu lub we wniosku lekarskim dysfunkcjami lub schorzeniami na turnus wybrany przez osobę niepełnosprawną;
- 3) że organizator tego turnusu jest uprawniony do organizowania turnusu wybranego przez osobę niepełnosprawną z określonymi w orzeczeniu lub we wniosku lekarskim dysfunkcjami lub schorzeniami.

.....
(data)

.....
(podpis pracownika zajmującego się wnioskiem)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE

Oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym (wpisać adres) pozostają następujące osoby:

Imię	Nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Dochód miesięczny(1)
Dane dotyczące wnioskodawcy:				
1.			-----	
Pozostali członkowie ze wspólnego gospodarstwa:				
UWAGA ! Nie należy wpisywać imion i nazwisk osób, z którymi prowadzi się wspólne gospodarstwo domowe. Należy podać tylko datę urodzenia, stopień pokrewieństwa i dochód miesięczny.				

W przypadku osób samotnych do oświadczenia należy wpisać tylko Wnioskodawcę.

Liczba członków rodziny pozostających (razem z Wnioskodawcą) we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi osoby/osób.

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód (2), w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi..... zł gr.

słownie.....

POUCZENIE

(1) Jest to średni miesięczny dochód z kwartału poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych.

(2) Dochód ustalony w pkt. 1 należy podzielić przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

Uprowadzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego (Dz. U. z 2019r., poz. 1950 z późn. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. Prawdziwość powyższych danych – pod groźbą odpowiedzialności karnej – potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
data

.....
podpis osoby niepełnosprawnej / przedstawiciela ustawowego lub 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 *.....

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 – (szczegółowe uzasadnienie potrzeby wyjazdu z opiekunem).....

Uwagi

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

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

.....
(data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)