

**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 dokumentu tożsamości Data urodzenia
Nr telefonu E-mail
Adres zamieszkania
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 niezdolności do pracy ☐ 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

Orzeczenie ważne:** ☐ okresowo do ☐ bezterminowo

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

☐ TAK (podać rok) ☐ NIE

Jestem zatrudniony(a) w zakładzie pracy chronionej** ☐ TAK ☐ NIE

Jestem zatrudniony(a)** (dotyczy osób pomiędzy 16 a 24 rokiem życia) ☐ TAK ☐ NIE

Imię i nazwisko opiekuna

(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna na turnusie)

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. (netto)

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.***

.....
(data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć.

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

Załączniki:

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności – oryginał do wglądu.
2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny (wydany nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą złożenia wniosku).
3. Dowód osobisty wnioskodawcy i opiekuna (jeżeli jego obecność jest konieczna) – oryginał do wglądu.
4. Zaświadczenie o pobieraniu nauki (dotyczy osób niepracujących pomiędzy 16 a 24 rokiem życia).
5. Kopia postanowienia sądu lub pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza – w przypadku opiekuna prawnego/pełnomocnika – oryginał do wglądu.

Wypełnia PCPR - sposób rozpatrzenia wniosku

Wniosek otrzymał punktów.

Nie przyznano/przyznano dofinansowanie w wysokości: Uczestnikowi zł, Opiekunowi zł.

.....
data

.....
pieczętka i podpis kierownika PCPR

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),
opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko:

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:

.....

Data urodzenia:

ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*: postanowieniem Sądu
Rejonowego

z dn. sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

.....

z dn. repet. nr

.....

data

.....

podpis
*przedstawiciela ustawowego**
*opiekuna prawnego**
*pełnomocnika**

* niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu, ul. Wojska Polskiego 78, 26-700 Zwolen dla potrzeb wynikających z realizacji zadania związanego z dofinansowaniem ze środków PFRON, zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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), Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04.05.2016 r., s.1.
2. Niniejsza zgoda jest dobrowolna i może być cofnięta w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
3. Zostałem/łam poinformowany/a o prawach wynikających z art. 15-21 ww. Rozporządzenia.
4. Oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, art. 233 Kodeksu Karnego (Dz. U. 2020, poz.1444 ze zm.) „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.
5. Oświadczam, że poinformowano mnie, że w przypadku gdy Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zwoleniu poweźmie wątpliwość 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, wzywa wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.
6. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się poinformować PCPR w ciągu 14 dni.
7. W terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania, nie później jednak niż 21 dni przed dniem rozpoczęcia turnusu rehabilitacyjnego przekażę do siedziby PCPR Zwolen „Informację o wyborze turnusu rehabilitacyjnego.” Niedotrzymanie w/w terminu zostanie potraktowane jako rezygnacja z przyznanego dofinansowania.
8. Zobowiązuję się wykorzystać przyznane dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego w roku bieżącym, w czasie ważności orzeczenia stwierdzającego niepełnosprawność (w przypadku orzeczeń czasowych).
9. W przypadku rezygnacji z przyznanego dofinansowania niezwłocznie poinformuję na piśmie o tym fakcie PCPR Zwolen.
10. Oświadczam, że nie mam zaległości w terminowym regulowaniu wymagalnych zobowiązań wobec PFRON.
11. Oświadczam, że o dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem PCPR Zwolen.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*,
opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

.....
(imię i nazwisko przyjmującego wniosek)

* niepotrzebne skreślić

POUCZENIE

1. **Dochód** – w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (t.j. Dz. U. 2020 poz. 111 ze zm.), to, po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób:
 - **przychody podlegające opodatkowaniu** zgodnie z ustawą z 26.07.1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1426 ze zm.), pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, np.: dochody z umowy o pracę, umowy zlecenie, zasiłku dla bezrobotnych, rent i emerytur, działalności gospodarczej opodatkowanej na zasadach ogólnych;
 - **dochody z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym** od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne;
 - **inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych**, m. in.: dochody uzyskiwane za granicą Rzeczypospolitej Polskiej, dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego, alimenty na rzecz dzieci, renty inwalidów wojennych, dodatek kombatancki ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny, zasiłki chorobowe, stypendia socjalne dla uczniów i studentów, świadczenia rodzicielskie, zasiłek macierzyński (rolników), stypendia dla bezrobotnych finansowane ze środków UE.

UWAGA! Wszystkie świadczenia rodzinne są wolne od podatku dochodowego. Dochodem w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych **nie jest** m. in.: zasiłek pielęgnacyjny, rodzinny i wychowawczy.
2. Dofinansowanie uczestnictwa osoby niepełnosprawnej w turnusie rehabilitacyjnym może być wykorzystane jedynie przez osobę, której zostało przyznane.
3. Wybrany przez wnioskodawcę ośrodek i organizator turnusu rehabilitacyjnego powinny posiadać wpis do rejestru ośrodków i organizatorów prowadzonego przez wojewodę, obejmujący okres trwania turnusu, oraz powinny być uprawnione do przyjmowania osób niepełnosprawnych z określonymi w orzeczeniu i/lub we wniosku lekarskim dysfunkcjami i/lub schorzeniami.
4. **Wnioskodawca ponosi ryzyko** rezerwacji miejsca turnusowego, której dokonuje przed datą przyznania dofinansowania, lub niezgodnej z wymaganiami odnośnie posiadanych uprawnień organizatora i ośrodka, na konkretne schorzenia i dysfunkcje.
5. Nie ma możliwości refundacji turnusu rehabilitacyjnego, który rozpoczął się przed datą przyznania dofinansowania.
6. Dokonanie wpłaty zaliczki przez wnioskodawcę w celu rezerwacji turnusu rehabilitacyjnego nie jest podstawą przyznania dofinansowania do uczestnictwa w turnusie.

Przyjąłem/am do wiadomości

.....
(data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy*, przedstawiciela ustawowego*,
opiekuna prawnego*, pełnomocnika*)

* niepotrzebne skreślić

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

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny
(sporządzony nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą złożenia wniosku)

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 |
| ☐ schorzenia układu krążenia | ☐ inne (jakie?)
..... |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- ☐ NIE
- ☐ TAK – uzasadnienie
.....
.....
.....
.....

Uwagi:

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

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

.....
(data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
Lub zakładu lekarskiego

Zaświadczenie o stanie zdrowia

Imię i nazwisko.....
PESEL albo nr dokumentu tożsamości.....
Adres.....

Rozpoznanie choroby zasadniczej
.....
.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje
.....
.....

Uczulenia
.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie); zaopatrzenie ortopedyczne
.....
.....
.....

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych
.....
.....

Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16 roku życia
.....
.....

Szczepienia ochronne (daty) – dotyczy osób do 16 roku życia
.....
.....

.....
(data)

.....
Pieczęć i podpis lekarza

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnosprawnej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

.....

Rodzaj turnusu

termin: 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 finansowych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis Wnioskodawcy**)

przedstawiciela ustawowego**

opiekuna prawnego**

pełnomocnika**

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ
ubiegającej się o dofinansowanie do pobytu na turnusie rehabilitacyjnym ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Ja, wiek
(imię i nazwisko opiekuna)

zam.

.....
(adres zamieszkania)

PESEL

oświadczam, że:

- dobrowolnie i bezinteresownie będę pełnił(a) rolę indywidualnego opiekuna Pana/Pani/dziecka:

.....
(imię i nazwisko)

na turnusie rehabilitacyjnym w ośrodku:

.....
(nazwa ośrodka)

.....
(adres ośrodka)

w terminie od: do,

- nie będę pełnił (a) funkcji członka kadry na turnusie,
- nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby
- ukończyłem/łam 18 lat lub ukończyłem/łam 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

Zobowiązuję się do uiszczenia organizatorowi turnusu rehabilitacyjnego różnicy wynikającej z całkowitego kosztu turnusu pomniejszonego o dofinansowanie ze środków PFRON przyznanych przez PCPR Zwoleń. Udział własny pokryję z dochodu, który osiągam w związku z: zatrudnieniem, prowadzeniem gospodarstwa rolnego, emeryturą, rentą*, inne źródła (wpisać):

Pouczony/a/ o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych zeznań, wynikającej z 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” (Dz. U. 2020, poz. 1444 ze zm.) stwierdzam prawdziwość powyższych danych, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis opiekuna)