



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Data wpływu wniosku:

Nr sprawy:

RN.717. 20...



*Wniosek złożony w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Rzeszowie, ul. Skubisza 4,
tel. 17/86-30-253, w 32.*

ubiegły rok	ZPCH	osoba pracująca

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM

/wypełnia osoba niepełnosprawna/Przedstawiciel ustawowy/Opiekun prawny/Pełnomocnik/

INFORMNACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA TURNUSU:

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

Data urodzenia telefon:

Adres zameldowania

Adres do korespondencji

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 turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON**

TAK (podać rok)..... NIE

Jestem zatrudniony/a w zakładzie pracy chronionej** TAK NIE

Jestem osobą pracującą** TAK NIE

INFORMACJA DOTYCZĄCA OPIEKUNA UCZESTNIKA TURNUSU: (wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna na turnusie)

Imię i nazwisko

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostaje osób: 1 + /podać liczbę/.

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.

Uwaga:

Zasilki: pielęgnacyjny, rodzinny i wychowawczy, nie wlicza się do dochodu.

Oświadczenia:

- **Oświadczam, że nie będę pełnił funkcji członka kadry na niniejszym turnusie, jak i nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.**
- **W przypadku rezygnacji z dofinansowania zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić w formie pisemnej o niniejszym fakcie Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Rzeszowie.**
- **Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia*****
- **Oświadczam, że ojciec/matka dziecka nie jest pozbawiony/a władzy rodzicielskiej i wyraża zgodę na uczestnictwo dziecka w turnusie rehabilitacyjnym.******
- **Uprzedzona/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 t.j.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w formie pisemnej w ciągu 14 dni.**
- **Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu danych osobowych (RODO) w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Rzeszowie.**

Rzeszów, dnia.....

.....

/czytelny podpis wnioskodawcy/Przedstawiciela
ustawowego/Opiekuna Prawnego/Pełnomocnika/*****

Załączniki do wniosku o dofinansowanie turnusu rehabilitacyjnego:

- 1) orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, lub orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy lub inne orzeczenie równoważne, a w przypadku osób do lat 16 orzeczenie o niepełnosprawności (kopia, oryginał do wglądu),
- 2) dowód osobisty pełnoletniego uczestnika turnusu/opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego/pełnomocnika (do wglądu),
- 3) aktualny wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny (na druku stanowiącym załącznik do wniosku),
- 4) dowód osobisty opiekuna na turnusie (do wglądu),
- 5) w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej – wyrok sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (kopia, oryginał do wglądu),
- 6) w przypadku reprezentowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika – pełnomocnictwo notarialne (kopia, oryginał do wglądu).

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

**** Dotyczy osób małoletnich.

***** Niepotrzebne skreślić.

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA TURNUSU:

Imię i nazwisko.....

PESEL albo dokument tożsamości.....

Adres zameldowania*.....

Adres zamieszkania*

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji **

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:

- Nie
 - Tak -
- uzasadnienie
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
/data/

.....
/podpis i pieczęć lekarza/

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.
** Właściwie zaznaczyć.

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA
osoby niepełnosprawnej
dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej

Imię i nazwisko:

Adres zameldowania:

Adres zamieszkania:

Dowód osobisty: seria Nr

PESEL

Jako opiekun osoby niepełnosprawnej
zobowiązuję się do sprawowania nad nią ciągłej opieki w czasie trwania turnusu rehabilitacyjnego i zwracam się z uprzejmą prośbą o przyznanie dofinansowania do kosztów uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym dla opiekuna osoby niepełnosprawnej.

Oświadczam, że jest mi wiadomym, że dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego dla osób niepełnosprawnych przysługuje jeden raz w roku.

Oświadczam, że nie będę jednocześnie pełnić funkcji członka kadry na turnusie, oraz, że nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.

.....
/data - dzień, miesiąc, rok/

.....
/czytelny podpis opiekuna/

Oświadczam, że ojciec/matka dziecka nie jest pozbawiony/a władzy rodzicielskiej i wyraża zgodę na uczestnictwo dziecka w turnusie rehabilitacyjnym.*

.....
/data - dzień, miesiąc, rok/

.....
/czytelny podpis opiekuna/

***Dotyczy osób małoletnich.**

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

/wypełnia osoba niepełnosprawna/Przedstawiciel ustawowy/Opiekun prawny/Pełnomocnik/

Imię i nazwisko uczestnika turnusu.....

PESEL

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/Przedstawiciela
ustawowego/Opiekuna Prawnego/Pełnomocnika/***

Oświadczam, że ojciec/matka dziecka nie jest pozbawiony/a władzy rodzicielskiej i wyraża zgodę na uczestnictwo dziecka w turnusie rehabilitacyjnym.**

.....
/data/

.....
/czytelny podpis wnioskodawcy/Przedstawiciela
ustawowego/Opiekuna Prawnego/Pełnomocnika/***

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Dotyczy osób małoletnich.

*** Niepotrzebne skreślić.