



Data wpływu wniosku do PCPR



Pieczęć PCPR i podpis pracownika zajmującego się wnioskiem

**Wniosek o dofinansowanie  
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**  
(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice lub opiekun prawny)

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania\*.....

Data urodzenia.....

tel.....

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/<br>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, jeżeli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)***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......  
(data).....  
(czytelny podpis wnioskodawcy lub  
przedstawiciela ustawowego)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć

## **Oświadczenia wnioskodawcy:**

1. Oświadczam, że nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na tym turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.
2. Oświadczam, że będę uczestniczył/a w zajęciach przewidzianych w programie turnusu.
3. 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.
4. Oświadczam, że wybiorę organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusów prowadzonego przez wojewodę.
5. Oświadczam, że w przypadku skrócenia uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe poniosę koszty pobytu na tym turnusie.
- \*6. 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.
- \*7. 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 rozwiązaną z przyczyn leżących po mojej stronie.

**Oświadczam**, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych t.j (Dz. U. z 2016 r., poz. 922) w celu realizacji wniosku.

**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)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy lub  
przedstawiciela ustawowego y)

\*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**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym (wpisać adres) .....  
pozostają następujące osoby:

Imię	Nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Stopień niepełnosprawności	Dochód za ostatni kwartał
<b>Dane dotyczące wnioskodawcy:</b>					
1.					
<b>Pozostali członkowie ze wspólnego gospodarstwa:</b>					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

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.....

Uprowadzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego (Dz. U. z 2017r., poz. 2204) oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. Prawdziwość powyższych danych – pod groźbą odpowiedzialności karnej – stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łęcznej dla potrzeb niezbędnych dla realizacji dofinansowania, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych t.j (Dz. U. z 2016 r., poz. 922).

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

.....  
Miejscowość, dnia

.....  
czytelny podpis