



Pieczęć Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie



Data wpływu wniosku do PCPR

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

Dane dotyczące wnioskodawcy

Imię i nazwisko PESEL

adres zamieszkania:telefon.....

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

Imię i nazwisko PESEL

adres zamieszkania: telefon

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

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.....

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.....
(wypełnić, jeżeli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem).....
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 łącznej dla potrzeb niezbędnych dla realizacji dofinansowania.

Oświadczam, że zobowiązuję się do dostarczenia do PCPR w łącznej 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.

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

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, słownie.....

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.

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany, że:

- administratorem moich danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łęcznej z siedzibą przy ul. Staszica 9, 21-010 Łęczna;
 - 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.

Uprowadzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego (t.j. Dz. U. z 2022r., poz. 1138 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

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)

.....
(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)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)