

**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.**
(wypełnia przedstawiciel ustawy w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania*.....

.....tel.....

Data urodzenia..... adres mail

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.....

POSIADANE ORZECZENIE** **PROSIMY ZAZNACZYĆ TYLKO JEDNĄ PASUJĄCĄ POZYCJĘ ZGODNIE
Z POSIADANYMI DOKUMENTAMI**

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(a) w zakładzie pracy chronionej** TAK NIE

Imię i nazwisko opiekuna.....

(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przecięty miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosiłzł.

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 przedstawiania lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.***

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

**Właściwie zaznaczyć.

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

Załącznik-**orzeczenie o niepełnosprawności**

Wypełnia PCPR

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY
O DOCHODACH ZA KWARTAŁ POPRZEDZAJĄCY MIESIĄC ZŁOŻENIA WNIOSKU

Oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Lp.	NAZWISKO	IMIĘ	STOPIEŃ POKREWIEŃ STWA	ŹRÓDŁO DOCHODU	PRZECIĘTNY MIESIĘCZNY DOCHÓD NETTO W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ŚWIADCZENIACH RODZINNYCH
1.	WNOSKODAWCA		_____		
2.					
3.					
4.					
5.					
RAZEM:					

Posiadam gospodarstwo rolne o powierzchni ha/przeliczeniowe.

Dochód roczny z gospodarstwa wyniósłzł.

Dochód miesięczny z gospodarstwa rolnego.....zł

Oświadczam, że średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósłzłgr.

Powyższy dochód jest / nie jest* obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów.

Uprowadzona(ny) od odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Przepisy wprowadzające Kodeks karny- za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

W przypadku podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON, zostanie anulowana a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez PFRON środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania przez Powiat płatności tych środków.

Zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną pobytu na turnusie, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

Oświadczam, że o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Śląskiej i nie będę ubiegał(a) się w bieżącym roku odrębnym wnioskiem o środki PFRON na ten sam cel za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego).

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz na administrowanie moimi danymi osobowymi zgodnie z *Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE* przez **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Śląskiej, ul. Wrocławska 2, 55-300 Środa Śląska**, w celu realizacji wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Oświadczam, że **zapoznałem(am) się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych udostępnioną przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Środzie Śląskiej.**

.....
/miejscowość/

.....
/data/

.....
/czytelny podpis/

**Informacje uzupełniające do wniosku
PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),
opiekun prawny lub pełnomocnik**

Imię i nazwisko:

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:.....

Adres zamieszkania:

.....

Numer telefonu:

Adres email:.....

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

**Informacje uzupełniające do wniosku
DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Numer telefonu:.....

Adres e-mail:

.....
data

.....
podpis

.....
(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"/> schorzenie układu krążenia | <input type="checkbox"/> inne (jakie?).....
..... |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
- TAK – uzasadnienie
-
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

**Właściwie zaznaczyć

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)