Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Data wpływu wniosku:

.....

Nr sprawy:

**717-1/ ……. /2014 r.**

MOPS

*Wniosek złożony w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Rzeszowie, ul. Skubisza 4, tel. 17/86-30-253, w 34.*

| 2013 r. | 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 zameldowania* .....

Data urodzenia ..... telefon: .....

Adres pobytu czasowego .....

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/w opiekun pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym ze mną** TAK NIE

Oświadczam, że ponoszę koszty uczestnictwa opiekuna w turnusie** TAK NIE

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

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostaje osób

..... */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**

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

Oświadczam, że nie będę pełnić 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.**

**Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 i § 6 kk. w zw. z art. 75 § 2 i art. 83 § 3 kpa. za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostały podane zgodnie z prawdą.**

**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.******

..... /data/

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

---

## Wypełnia MOPS

..... /data wpływu do MOPS kompletnego wniosku/

..... /pieczęć MOPS i podpis pracownika/

*** Dot. turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.
**** **Dotyczy osób małoletnich.**
***** Niepotrzebne skreślić.

*/pieczęć zakładu opieki zdrowotnej*
*lub gabinetu lekarskiego/*

# 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
□ inne
(jakie?) .....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:
□ Nie
□ Tak -
- uzasadnienie .....
.....
.....

Uwagi:
.....
.....
.....
.....
.....
.....

..... .....
*/data/* */podpis i pieczątka lekarza/*

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

# OŚWIADCZENIE OPIEKUNA
## osoby niepełnosprawnej
dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej

Imię i nazwisko: .....

Adres zameldowania: .....

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/

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym oświadczeniu, dla potrzeb związanych z moim uczestnictwem w turnusie rehabilitacyjnym w charakterze opiekuna osoby niepełnosprawnej, w szczególności na udostępnienie tych danych organizatorowi turnusu rehabilitacyjnego, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926.).**

…… ……
/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 zameldowania* .....

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.