



POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W ŚWIDNIKU

UL. ELIZY ORZESZKOWEJ 4, 21 - 040 ŚWIDNIK

TELEFON / FAX 81 751 54 32

e-mail: KANCELARIA@PCPR-SWIDNIK.PL | WWW.PCPR-SWIDNIK.PL

WYPEŁNIA PCPR

.....
pieczęć wpływu i podpis pracownika PCPR

.....
numer sprawy

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM**
(wypełnia osoba niepełnosprawna)

DANE WNIOSKODAWCY:

Imię i nazwisko

PESEL¹

Adres zamieszkania²

Numer telefonu (*podanie numeru telefonu jest dobrowolne*)

Data urodzenia

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

Imię i nazwisko opiekuna na turnusie:.....
(wypełnić, jeżeli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna na turnusie)

Posiadane orzeczenie³:

- a) o stopniu niepełnosprawności: znacznym umiarkowanym lekkim
- b) o zaliczeniu do jednej zgrup inwalidów: I grupy II grupy III grupy
- c) o całkowitej niezdolności do pracy 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

Jestem osobą w wieku 16-24 lat uczącą się i niepracującą³ (należy dołączyć dokument potwierdzający pobieranie nauki)

¹ W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL wpisać numer dokumentu tożsamości

² W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

³ Zaznaczyć właściwe

Korzystałem/am z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat³:

TAK (proszę podać rok:)

NIE

Jestem zatrudniony/a w zakładzie pracy chronionej³:

TAK

NIE

OŚWIADCZENIA I POUCZENIE

1. 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, **wyniósł** **zł.**
Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym **wynosi**
2. W przypadku turnusu, którego program przewiduje także zabiegi fizjoterapeutyczne, zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.
3. W przypadku uzyskania dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, oświadczam, że:
 - a) wezmę udział w turnusie, który odbędzie się w ośrodku wpisanym do rejestru ośrodków, prowadzonego przez wojewodę;
 - b) wybiorę organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusów;
 - c) będę uczestniczył/a w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybrałem/am;
 - d) nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.
4. W przypadku uzyskania dofinansowania do pobytu opiekuna osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym, oświadczam, że opiekun ten:
 - a) nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie;
 - b) nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby;
 - c) ukończył 18 lat, lub ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

5. W przypadku skrócenia pobytu na turnusie rehabilitacyjnym osoby niepełnosprawnej i/lub jej opiekuna z przyczyn innych niż losowe, odpowiednio osoba niepełnosprawna i/lub jej opiekun ponoszą koszty pobytu na tym turnusie.
6. Do wniosku o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym **należy dołączyć aktualne orzeczenie** o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne oraz **wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny**.
7. Jeżeli wniosek składany jest przez kuratora/opiekuna prawnego lub pełnomocnika w imieniu osoby zainteresowanej, należy dołączyć do niego odpowiednio kopię orzeczenia lub zaświadczenia sądu o ustanowieniu kuratora/opiekuna prawnego lub pełnomocnictwo.
8. Przyjmuję do wiadomości, że złożony wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym zostanie rozpatrzony po przyjęciu przez Radę Powiatu w Świdniku uchwały w sprawie określenia do realizacji w danym roku kalendarzowym zadań, na które przeznaczono środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, przypadające według algorytmu określonego odrębnymi przepisami dla Powiatu Świdnickiego.
9. W przypadku powzięcia wątpliwości odnośnie do podanych w niniejszym wniosku danych mających wpływ na przyznanie dofinansowania, PCPR wezwie Wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.
10. Oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym wniosku dane są zgodne z prawdą.
11. Przyjmuję do wiadomości, iż administratorem moich danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Świdniku z siedzibą przy ul. E. Orzeszkowej 6. Dane osobowe zbierane są w celu realizacji procedury przyznawania dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON. Ich podanie jest obowiązkowe, zgodnie z § 5 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

.....
Data

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy

OCENA WNIOSKU (WYPEŁNIA PCPR)

1. OCENA FORMALNA (kompletność wymaganych dokumentów):

Lp.	Nazwa dokumentu	Załączono	Uzupełniono	Data uzupełnienia
1	Kompletnie wypełniony Wniosek	TAK / NIE	TAK / NIE	
2	Aktualny wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny	TAK / NIE	TAK / NIE	
3	Aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub równoważne	TAK / NIE	TAK / NIE	

POZYTYWNA

NEGATYWNA

Data r. Podpis

OCENA FORMALNA PO UZUPEŁNIENIU DOKUMENTÓW (jeżeli dotyczy):

POZYTYWNA

NEGATYWNA

Data r. Podpis

2. OCENA PRACOWNIKA SOCJALNEGO:

POZYTYWNA - Wysokość dofinansowania: zł

NEGATYWNA - Uzasadnienie:
.....
.....

Data r. Podpis

3. OPINIA KIEROWNIKA DZIAŁU:

POZYTYWNA - Wysokość dofinansowania: zł

NEGATYWNA - Uzasadnienie:
.....
.....

Data r. Podpis

4. DECYZJA DYREKTORA PCPR:

POZYTYWNA - Wysokość dofinansowania: zł

NEGATYWNA - Uzasadnienie:
.....
.....

Data r. Podpis