

.....
Data wpływu wniosku.....
Nr sprawy

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W KUTNIE UL. KRZYWOUSTEGO 11

tel: (24)361-68-15 (24) 361-68-14 e-mail: rehabilitacja@pcprkutno.pl

WNIOSEK
O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON
UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM

1. Dane personalne osoby niepełnosprawnej		
Imię.....	Nazwisko.....	
Data urodzenia	PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Osoba składająca wniosek		
<input type="checkbox"/> Wnioskodawca osobiście <input type="checkbox"/> rodzic dziecka <input type="checkbox"/> opiekun prawny dziecka <input type="checkbox"/> opiekun prawny podopiecznego		
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)* - pobyt stały		KONTAKT TELEFONICZNY
Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>(poczta)</small>		nr kier.nr telefonu
Miejscowość		nr tel. komórkowego:.....
ulica		e 'mail (o ile dotyczy):
Nr domu Nr m. Powiat
Województwo		
<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś		
2. STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI WNIOSKODAWCY /DZIECKA / PODOPIECZNEGO (należy wybrać tylko jedną pozycję)		
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> znaczny stopień	<input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> umiarkowany stopień	<input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> lekki stopień	<input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka
<input type="checkbox"/> ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wydawane do 16 roku życia)		
Ww. dokument jest ważny: <input type="checkbox"/> okresowo do <input type="checkbox"/> bezterminowo		

3. Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.....

4. Imię i nazwisko opiekuna.....

(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

5. Wcześniejsze korzystanie ze środków PFRON na dofinansowanie turnusu rehabilitacyjnego:

1. Korzystałem/am TAK NIE

2. Korzystałem/am w roku (ostatnie dofinansowanie):

6. STATUS OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ (należy wybrać tylko jedną pozycję)		
Osoba zatrudniona:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE**
a) w zakładzie pracy chronionej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba ucząca się (do 25 r. życia)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Emeryt/ Rencista	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
**inne (np. osoba bezrobotna, osoba zarejestrowana w PUP itp.)		

7. OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I LICZBIE OSÓB POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM	
a) Niniejszym 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.	
b) Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wraz z Wnioskodawcą wynosi:.....	
Powyższy dochód nie jest obciążony z tytułu wyroków sądowych lub innych tytułów. <u>Zgodnie z art.75 KPA, uprzedzony/ a o odpowiedzialności karnej z art.233 KK za fałszywe zeznanie, prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.</u>	
Dochód* – oznacza przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (tj. Dz. U. 2017 r. poz.1952) podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku. Do dochodu wlicza się , m.in. przychody podlegające opodatkowaniu, dochód z działalności gospodarczej / rolniczej, renty, emerytury, zasiłki chorobowe, alimenty na rzecz dzieci, stypendia określone w przepisach o systemie oświaty, dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego, świadczenia określone w przepisach o wykonywaniu mandatu posła i senatora, zaliczkę alimentacyjną Do dochodu nie wlicza się zasiłków z pomocy społecznej, takich jak zasiłek rodzinny, zasiłek pielęgnacyjny, zasiłek okresowy, zasiłek stały.	

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.

*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

W przypadku złożenia fałszywych zeznań kwota dofinansowania ze środków PFRON do turnusu rehabilitacyjnego podlega zwrotowi.

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

Oświadczam, że moim **opiekunem** na turnusie rehabilitacyjnym nie będzie osoba niepełnosprawna wymagająca opieki innej osoby (I grupa) oraz nie będzie pełniła funkcji członka kadry na tym turnusie. Jest osobą pełnoletnią lub ukończyła 16 lat i jest członkiem rodziny wspólnie zamieszkującym z osobą niepełnosprawna.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym **aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia** - dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika osoby niepełnosprawnej

.....
imię/imiona i nazwisko

.....
imię ojca

dowód osobisty

seria..... nr..... wydany w dniu..... przez.....

dokładny adres

nr kodu.....-..... poczta..... województwo/powiat...../.....

miejsowość..... ulica..... nr domu..... nr lokalu.....

ustanowiony

opiekunem*/pełnomocnikiem*.....

(postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. sygn. akt*/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza..... z dn. repert. nr)

*** niewłaściwe skreślić**

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny (załącznik do wniosku).
2. Kserokopia aktualnego, uprawomocnionego orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności.(oryginał do wglądu)
3. Dzieci i młodzież ucząca się i niepracująca w wieku od 16 do 25 lat, przedkłada zaświadczenie o pobieraniu nauki.
4. W przypadku osób pracujących oświadczenie o zatrudnieniu (załącznik do wniosku) .
5. W przypadku osób niezatrudnionych stosowne oświadczenie.
6. W przypadku ubezwłasnowolnienia wnioskodawcy, kserokopia zaświadczenia sądowego ustanawiającego opiekuna prawnego (oryginał do wglądu).
7. W przypadku Pełnomocnictwa Notarialnego - kserokopia dokumentu (oryginał do wglądu).

.....
data

.....
czytelny podpis
Wnioskodawcy

(rodzica, opiekuna oprawnego
lub pełnomocnika)

.....
WYPEŁNIA PCPR

.....
Data wpływu wniosku do PCPR

.....
Pieczęć PCPR i podpis pracownika