*RS - 610 - /*

**Załącznik nr 1** do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1694).

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

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

##### **UWAGA! Przed złożeniem wniosku należy zapoznać się z obowiązującymi przepisami w sprawie udzielania dofinansowania ze środków PFRON do uczestnictwa w 14 dniowych turnusach rehabilitacyjnych**

**Imię i nazwisko** .......................................................................... **nr telefonu** ..........................................

*(imię i nazwisko, w przypadku osoby, która nie ukończyła 18 roku życia należy podać jej dane)*

**PESEL** albo numer dokumentu tożsamości..............................................................................................

**Data urodzenia** ....................................................

**Adres zamieszkania1** kod ...................... miejscowość ...........................................................................

ulica.............................................................................. gmina ..................................................................

* Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ..........................................................................
* **POSIADANE ORZECZENIE 2**
1. o stopniu niepełnosprawności ⁪ Znacznym ⁪ Umiarkowanym ⁪ Lekkim
2. o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów ⁪ I ⁪ II ⁪ III
3. ⁪ całkowitej / ⁪ o częściowej niezdolności do pracy / ⁪ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym
⁪ niezdolności do samodzielnej egzystencji
4. ⁪ o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

# Korzystałem(am) z dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) **2**

⁪**TAK** (podać rok) ...................................................................................................................... ⁪ **NIE**

* **Jestem zatrudniony(a) w zakładzie pracy chronionej 2** ⁪**TAK** ⁪ **NIE**

***Należy wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna***

Imię i nazwisko opiekuna ………............................................................................................................

*Oświadczam, że mój opiekun: 1) nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
 2) nie będzie pełnił funkcji członka kadry na turnusie.*

* **OŚWIADCZENIE**

oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych**3**, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił ............................złotych.

* Liczba osób w wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ........................................................

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

**Wypełnia PCPR w Krakowie**

…………………………………. ...……………………………………

 (data wpływu wniosku do PCPR) (pieczęć PCPR i podpis pracownika)

*Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/am\* stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.*

Oświadczam, że o dofinansowanie ze środków PFRON ubiegam się tylko w Powiecie Krakowskim.

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

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia**4**.

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a, że złożony przeze mnie wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do 14 dniowego turnusu rehabilitacyjnego zostanie rozpatrzony po otrzymaniu przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Krakowie (PCPR) informacji o wysokości środków finansowych przypadających na realizację
w  roku bieżącym zadań z zakresu rehabilitacji społecznej.

***Oświadczam, że o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować PCPR w Krakowie w ciągu 14 dni.***

**....................................... .............................................................................................................
 data (czytelny podpis Wnioskodawcy,**

 **przedstawiciela ustawowego5)**

**1**w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

**2**właściwe zaznaczyć

**3**Ustawa z dnia 28.11.2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. z 2018r., poz. 2220 t.j.)

**4**dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

**5**podpis przedstawiciela ustawowego w przypadku osoby, która 1) nie ukończyła 18 roku życia; 2) została ustanowiona opiekunem prawnym całkowicie ubezwłasnowolnionej osoby niepełnosprawnej

 **Prosimy o czytelne i rzetelne wypełnienie wniosku**

**Do wniosku należy dołączyć:**

# **1. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny** – ***Załącznik nr 2*** *do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1694).* Po wypełnieniu wniosku przez lekarza należy zrobić kopię i przedłożyć organizatorowi turnusu;

#

**2. Kopię posiadanego orzeczenia lub wypisu z treści orzeczenia**:

o stopniu niepełnosprawności lub o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów lub o całkowitej /częściowej niezdolności do pracy/ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym – orzeczenie wydane przed 1 styczniem 1998 roku/ i niezdolności do samodzielnej egzystencji lub
o niepełnosprawności przed ukończeniem 16 roku życia -**oryginał dokumentu do wglądu;**

**3.** **Zaświadczenie ze szkoły** o kontynuowaniu nauki w przypadku dzieci i młodzieży uczącej się
i niepracującej **w wieku od 16 do 24 roku życia**.

**4. Zgodę na przetwarzanie danych osobowych wraz z potwierdzeniem otrzymania informacji o przetwarzaniu danych osobowych**.