

Data wpływu:

Nr sprawy:

## WNIOSEK

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

#### Część A – DANE WNIOSKODAWCY

##### I. DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
Imię ojca:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta
Dowód osobisty (o ile dotyczy) Seria, Numer, Wydany przez ... , Data wydania	

##### ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

## II. DANE PODOPIECZNEGO

Nie dotyczy

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	
Imię ojca:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć:	<input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta
Dowód osobisty (o ile dotyczy) Seria, Numer, Wydany przez ... , Data wydania	

## ADRES ZAMIESZKANIA

Nazwa pola	Wartość
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	

## OPIEKUN USTANOWIONY/USTANOWIONA

Przedstawicielem ustawowym

Opiekunem prawnym:

Nazwa pola	Wartość
Postanowieniem Sądu Rejonowego:	
Z dnia:	
Sygnatura akt:	

Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza:

Nazwa pola	Wartość
Imię i nazwisko:	
Z dnia:	
Repetytorium nr:	

### III. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
<b>Stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Grupa inwalidzka:</b>	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Niezdolność:</b>	<input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> Osoby długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny <input type="checkbox"/> Osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby częściowo niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<b>Osoby w wieku do 16 lat posiadające orzeczenie o niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

### IV. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim
- Inna dysfunkcja narządu ruchu
- Dysfunkcja narządu wzroku
- Dysfunkcja narządu słuchu i mowy
- Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)
- Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia
- Inny / jaki?.....

### V. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

- nie korzystałem
- korzystałem

### VI. KORZYSTANIE ze środków PFRON W CIĄGU OSTATNICH 3 LAT ( o ile dotyczy)

NAZWA ZADANIA	UMOWA- NUMER, ROK PRYZNANIA
<b>TURNUS REHABILITACYJNY:</b>	

### VII. OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ ORAZ OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI ICH DOCHODÓW NETTO

Przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczeń emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w

przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał (trzy miesiące) poprzedzające miesiąc, w którym składany jest wniosek (netto).

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności	Dochód miesięczny netto

### VIII. ZATRUDNIENIE w Zakładzie Pracy Chronionej

- TAK, od.....do.....
- NIE

## Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

### I. PLANOWANY TERMIN UCZESTNICTWA W TURNUSIE

14 DNI: OD.....DO.....

### II. OPIEKUN

Imię, Nazwisko:	
Pesel opiekuna:	<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"/>

### III. UZASADNIENIE

( opis sytuacji życiowej i wykazanie potrzeby aktywności społecznej)

.....

.....

.....

.....

.....

## OŚWIADCZENIE

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.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi: .....

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną zakupu urządzenia wraz z montażem lub kosztem wykonania usługi, pomniejszonej o ewentualne dofinansowanie z innych źródeł a przyznaną ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych kwotą dofinansowania.

**Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

Informacje o przetwarzaniu danych:

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1) informuję, że:

1. Administratorem Pana/i danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą przy ulicy Podchorążych 15, 58-508 Jelenia Góra reprezentowane przez Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Jeleniej Górze – Ewelinę Wójcik.
2. W sprawach związanych z Pana/i danymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych – Marcin Wylęgała e-mail: pcpr@pcpr.jgora.pl lub pisemnie na adres Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Podchorążych 15, 58-508 Jelenia Góra.
3. Dane będą przetwarzane w celu realizacji wymogów ustawowych.
4. Dane będą przechowywane do czasu istnienia obowiązku ustawowego.
5. Ma Pan/i prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
6. Ma Pan/i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania, a w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych do jej wycofania. Skorzystanie z prawa cofnięcia zgody nie ma wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania zgody.

Miejscowość	Data	Podpis Wnioskodawcy

### **Część C – SYTUACJA SPOŁECZNA WNIOSKODAWCY (wypełnia pracownik socjalny PCPR)**

- aktywny/a
- aktywność nie znaczna- **wskazanie do uczestnictwa w turnusie** z uwagi na potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych

.....  
pieczętka i podpis pracownika socjalnego

## ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1.

2.

## LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

### Lista

1. **Kopia orzeczenia**, o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych / Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn. zm./,
2. Oświadczenie o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z Wnioskodawcą,
3. Aktualne zaświadczenie lekarskie, zawierające informację o rodzaju niepełnosprawności, jeżeli rodzaj niepełnosprawności nie jest określony w orzeczeniu,
4. Oświadczenie o statusie zawodowym w przypadku bezrobotnego lub poszukującego pracy,
5. Oświadczenie potwierdzające wysokość dochodu osoby niepełnosprawnej oraz osób pozostających z tą osobą we wspólnym gospodarstwie domowym.
6. **Zaświadczenie lekarskie o skierowaniu na turnus**

.....  
(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"/> upośledzenie umysłowe     |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku                  | <input type="checkbox"/> padaczka                  |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna                         | <input type="checkbox"/> inne (jakie?).....        |
| <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia                 |  |

### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym\*\*

NIE

TAK – uzasadnienie

.....  
.....  
.....  
.....

### Uwagi:

**Pacjent zobowiązuje się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia, jeżeli program będzie przewidywał zabiegi fizjoterapeutyczne.**

.....  
.....

\*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\*Właściwie zaznaczyć

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)