

pieczęć wpływu

ZNAK

NUMER

ROK

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM

(wypełnia osoba z niepełnosprawnością, lub jej opiekun prawny)

Imię i nazwisko

PESEL *

.....
data urodzenia

Adres zamieszkania **

..... 20 - Lublin

Numer telefonu E-MAIL:

Imię i nazwisko pełnomocnika lub opiekuna prawnego dziecka lub osoby dorosłej ubezwłasnowolnionej

(jeśli dotyczy):

PESEL *

Jestem zatrudniony/a w zakładzie pracy chronionej *** TAK NIE

Korzystałem/am z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON

w ciągu ostatnich 3 lat *** TAK (proszę podać rok:) NIE

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

Imię i Nazwisko opiekuna stopień pokrewieństwa

(wypełnić jeśli lekarz zlecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

POSIADANE ORZECZENIE ***

a) o stopniu niepełnosprawności: znacznym umiarkowanym lekkim

b) o zaliczeniu do jednej z grup 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 wydanym nie później niż 31.12.1997 r.

o niezdolności do samodzielnej egzystencji d) o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

Orzeczony stopień ma charakter: trwały okresowy do dnia

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy, lub opiekuna prawnego)

* W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL wpisać numer dokumentu tożsamości

** Miejsce zamieszkania – miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu (art. 25 KC) W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

*** Właściwe zaznaczyć iksem

UWAGA! Do wniosku o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym **należy dołączyć** aktualne orzeczenie o niepełnosprawności, grupie inwalidzkiej, stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne (**wraz z oryginałem do wglądu**), podpisany komplet „Oświadczeń”, „Pouczeń”, oraz „Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny” i „Oświadczenie Wnioskodawcy o osobach pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym i wysokości dochodów”.

Oświadczam że:

1. W przypadku turnusu, którego program przewiduje także zabiegi fizjoterapeutyczne, zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.

2. Zamieszkuję samotnie* TAK NIE

3. W moim gospodarstwie domowym zamieszkują inne osoby niepełnosprawne * TAK NIE

4. Jestem uczestnikiem warsztatów terapii zajęciowej * TAK NIE

5. Jestem mieszkańcem domu pomocy społecznej * TAK NIE

6. Jestem uczestnikiem innych ośrodków wsparcia dziennego * TAK NIE

7. 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; uprawnionym do przyjmowania grup turnusowych dla osób ze schorzeniami i dysfunkcjami, które są przyczyną mojej niepełnosprawności, oraz tymi które wskazał lekarz na wniosku lekarskim o skierowanie na turnus

b) wybiorę organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusów na organizację turnusów rehabilitacyjnych dla osób ze schorzeniami i dysfunkcjami, które są przyczyną mojej niepełnosprawności, lub które wskazał lekarz na wniosku lekarskim o skierowanie na turnus.

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.

8. 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 ze mną członkiem rodziny.

9. Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON i w ciągu trzech lat przed złożeniem niniejszego wniosku nie byłem/łam stroną umowy zawartej z PRFON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

10. Jestem osobą w wieku 16-24 lat uczącą się i niepracującą ** TAK NIE

11. Przyjmuję do wiadomości, że złożony przeze mnie wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym zostanie rozpatrzony po przyjęciu przez Radę Miasta Lublin 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, O dalszym toku tej sprawy zostaną powiadomiony listownie, nie później jednak niż w terminie do 30 kwietnia br. (dotyczy wniosków składanych w okresie styczeń-marzec br.)

12. Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.), oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym wniosku dane są zgodne z prawdą.

13. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji procedury przyznawania dofinansowań ze środków PFRON, sprawozdawczości statystycznej, oraz w celach kontroli przez upoważnione podmioty.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy lub opiekuna prawnego)

* Właściwie zaznaczyć iksem

** Właściwie zaznaczyć iksem. Należy dołączyć dokument potwierdzający pobieranie nauki

Pouczenia

1. W przypadku powzięcia wątpliwości co do danych podanych przez Panią/Pana we wniosku o dofinansowanie, a mających wpływ na przyznanie tego dofinansowania, w szczególności do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, MOPR wezwie Wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.
2. 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. (wraz z oryginałem do wglądu)
3. **Wnioskodawca ponosi ryzyko** rezerwacji miejsca turnusowego, której dokonuje przed otrzymaniem informacji o przyznaniu dofinansowania, lub albo niezgodnej z postawionymi przez tut. urząd wymaganiami odnośnie posiadanych uprawnień organizatora i ośrodka, na konkretne schorzenia i dysfunkcje.
4. Nie ma możliwości refundacji turnusu rehabilitacyjnego, który rozpoczął się przed datą przyznania dofinansowania.
5. W przypadku uzasadnionym **szczególnie trudną sytuacją życiową** wnioskodawca może ubiegać się o zwiększone dofinansowanie swoje lub dofinansowanie pobytu jej opiekuna na turnusie. Podwyższenie dofinansowania pobytu opiekuna może nastąpić, jeżeli opiekun pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną lub osoba ta ponosi koszty uczestnictwa opiekuna w turnusie.
6. 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.
7. W przypadku rezygnacji z przyznanego dofinansowania należy pisemnie powiadomić o tym fakcie tutejszy urząd w terminie 30 dni od otrzymania informacji o przyznaniu dofinansowania.
8. Przyznanie dofinansowania jest także zależne od spełniania wewnętrznych kryteriów rozpatrywania wniosków przyjętych na dany rok kalendarzowy w odniesieniu do wysokości limitu środków, dostępnych na stronie internetowej MOPR Lublin.
9. Dofinansowane będzie pomniejszone o kwotę przekroczenia kryterium dochodowego obowiązującego w czasie rozpatrywania wniosku (kwota zmienna, o której wysokości i terminie obowiązywania informację można uzyskać:
 - na stronie internetowej MOPR Lublin: www.mopr.lublin.pl;
 - w Ośrodku przy ul. Zemborzyckiej 88-92 przy stanowisku nr 1;
 - telefonicznie pod numerem: (81) 466 53 95
10. Jednym z warunków przekazania przyznanego dofinansowania organizatorowi turnusu jest posiadanie przez wnioskodawcę aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności, grupie inwalidzkiej lub niezdolności do pracy czy samodzielnej egzystencji podczas całego okresu trwania wybranego turnusu, wydanego najpóźniej w dniu rozpoczęcia tego turnusu. Orzeczenie wydane po rozpoczęciu turnusu, nie jest podstawą do przekazania środków na ten turnus, nawet jeśli zapewnia ciągłość wsteczną uprawnień osoby niepełnosprawnej. Podstawa prawna: § 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15.11.2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 r. nr 230, poz. 1694 z dnia 11.12.2007 r.)

Przyjąłem/am do wiadomości

.....
(data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy lub opiekuna prawnego)

Oświadczenie Wnioskodawcy o osobach pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym i wysokości dochodów.

(wypełnia osoba z niepełnosprawnością, lub jej opiekun prawny)

Ja niżej podpisany (a)

Adres zamieszkania.....

Oświadczam, iż moje wspólne gospodarstwo domowe, tworzą następujące osoby:

W przypadku osób samotnych do oświadczenia należy wpisać tylko Wnioskodawcę.

LP.	Stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą	Imię	Nazwisko	Rok urodzenia	Dochód * miesięczny / netto /
1.	<u>WNIOSKODAWCA</u>				
2.		UWAGA! Nie należy wpisywać imion i nazwisk osób, z którymi prowadzi się wspólne gospodarstwo domowe. Należy podać tylko ich rok urodzenia, stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą i dochód miesięczny.			
3.					
4.					
5.					
6.					
Łączny przeciętny miesięczny dochód rodziny /netto/:					

Oświadczam, że w **kwartale poprzedzającym** miesiąc, w którym składany jest wniosek **przeciętny miesięczny dochód**** przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym

wyniósł: **złotych.**

Oświadczam, że znana jest mi odpowiedzialność karna za składanie fałszywych zeznań, przewidziana w artykule 233 K.k., zgodnie z którym za złożenie fałszywych zeznań grozi kara pozbawienia wolności do lat 3.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy lub opiekuna prawnego)

* Jest to średni miesięczny dochód z kwartału poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych (Dz.U. Nr 228 poz. 2255 z późn. zm.) pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składką z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób.

** Dochód łączny należy podzielić przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym.

UWAGA! Zasiłek pielęgnacyjny, rodzinny i wychowawczy nie jest dochodem w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub
gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania *

..... 20 - LUBLIN

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji **

dysfunkcja narządu ruchu dysfunkcja narządu słuchu dysfunkcja narządu wzroku

osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

upośledzenie umysłowe choroba psychiczna padaczka

schorzenia układu krążenia inne (jakie?)

Uwaga! Należy zakreślić tylko te schorzenia (albo dysfunkcje), które mają wpływ na funkcjonowanie osoby w środowisku zewnętrznym i wymagają przystosowania budynku ośrodka turnusowego, lub też wymagają rehabilitacji.

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie: **

Nie Tak – uzasadnienie:

Uwaga! Jako uzasadnienie należy podać **objawy schorzeń**, które wymagają pobytu opiekuna. Brak uzasadnienia, lub uzasadnienie nie spełniające wymogów, może być podstawą odmowy przyznania dofinansowania dla opiekuna.

Uwagi:

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisujemy miejsce pobytu, w innym wypadku wpisujemy adres

** Właściwe zaznaczyć iksem