



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

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

1. Dane osobowe Wnioskodawcy

DANE WNIOSKODAWCY
(DZIECKA/PODOPIECZNEGO) – właściwe podkreślić

IMIĘ..... NAZWISKO

DATA URODZENIA..... PESEL

MIEJSCOWOŚĆ..... KOD POCZTOWY -

ULICA NR DOMU..... NR MIESZKANIA.....

TELEFON

DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO/PEŁNOMOCNIKA - właściwe podkreślić

IMIĘ.....NAZWISKO.....

DATA URODZENIA..... PESEL

MIEJSCOWOŚĆ..... KOD POCZTOWY -

ULICA..... NR DOMU.....NR MIESZKANIA.....

DOWÓD OSOBISTY SERIA.....nr.....WYDANY W DNIU.....PRZEZ.....

..... TELEFON

2. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik (proszę wstawić X we właściwej rubryce)

I grupa	Znaczny stopień	Całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji	
II grupa	Umiarkowany stopień	Całkowita niezdolność do pracy	
III grupa	Lekki stopień	Częściowa niezdolność do pracy	
Orzeczenie o niepełnosprawności - osoba w wieku do 16 lat			
Niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym			

3. Średni dochód miesięczny na osobę w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy

Średni miesięczny dochód netto w gospodarstwie domowym na osobę	
Liczba osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym	

4. Informacje dodatkowe

	TAK	NIE
Korzystałem/am z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON	(podać rok)	
Jestem zatrudniony/a w zakładzie pracy chronionej		
Planowany termin uczestnictwa w turnusie		
Imię i nazwisko opiekuna (jeśli lekarz zalecił pobyt z opiekunem)		

OŚWIADCZAM, ŻE:

- przed złożeniem wniosku zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych, a Administratorem moich danych osobowych jest Dyrektor reprezentujący Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wodzisławiu Śląskim,
- poinformowano mnie, iż szczegółowe zasady przetwarzania danych osobowych dostępne są w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wodzisławiu Śląskim oraz na stronie internetowej www.pcpr-wodzislaw.pl,
- nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na turnusie, ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu,
- wezmę udział w turnusie, który odbędzie się w ośrodku wpisanym w rejestr ośrodków, prowadzonego przez wojewodę, albo poza takim ośrodkiem, w przypadku gdy turnus jest organizowany w formie niestacjonarnej,
- wybiorę organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusów prowadzonego przez wojewodę,
- będę uczestniczył/a w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybiorę,
- w przypadku skrócenia uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe, poniosę koszty pobytu na tym turnusie,
- mój opiekun, który będzie uczestniczył ze mną w turnusie nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie, nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby oraz ukończył 18 lat lub ukończył 16 lat i jest wspólnie ze mną zamieszkującym członkiem rodziny,
- w przypadku skrócenia pobytu mojego opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe, opiekun ten poniesie koszty pobytu na tym turnusie,
- zobowiązuję się poinformować w terminie 14 dni o zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku,
- zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia (dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne),
- powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 VI 1997r. Kodeksu Karnego).

.....
Data

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

.....
pieczęć PCPR i podpis pracownika

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo nr 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"/> Schorzenia układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**:

- NIE
- TAK – **UZASADNIENIE**
-
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** właściwe zaznaczyć

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z UBIEGANIEM SIĘ O DOFINANSOWANIE DO TURNUSU
REHABILITACYJNEGO W 2024 ROKU**

1. Wnioski należy składać począwszy od **01.01.2024 r.** poprzez:
 - system SOW
 - drogą pocztową
 - poprzez skrzynkę podawczą znajdującą się w budynku Centrum dostępną w godzinach:
7:30-15:30 lub osobiście w biurze nr 14 **od dnia 02.01.2024 r.**
2. Przyjmowane będą **tylko kompletne wnioski:**
 - uzupełniony wniosek zawierający niezbędne podpisy
 - kopia orzeczenia o niepełnosprawności/o stopniu niepełnosprawności bądź grupie inwalidzkiej;
 - wniosek lekarza o skierowanie na turnus (pieczęć zakładu opieki zdrowotnej, pieczęć i podpis lekarza, uzupełnione dane osobowe oraz uzupełnione uzasadnienie dotyczące obecności opiekuna na turnusie (o ile dotyczy) – np. pomoc w czynnościach dnia codziennego, pomoc w przemieszczaniu się, pomoc w higienie osobistej, itp.;
 - w przypadku osoby w wieku 16-24 lata, uczącej się i nie pracującej, zaświadczenie ze szkoły lub kserokopia legitymacji szkolnej (o ile dotyczy)
 - kopia pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ubezwłasnowolnieniu (o ile dotyczy)
3. Wnioski podlegają ocenie punktowej zgodnie z kartą oceny wniosku.
4. Maksymalna możliwa liczba punktów wynosi 75.
5. W pierwszej kolejności dofinansowanie przyznane zostanie Wnioskodawcom, których wnioski uzyskają największą liczbę punktów.
6. W przypadku Wnioskodawców, których wnioski uzyskały identyczną liczbę punktów, decyduje data wpływu wniosku do PCPR.