



MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
W DĄBROWIE GÓRNICZEJ

Data wpływu:

Nr wniosku TR/DZ*/_____/_____/_____

Nr sprawy DdRS.6100._____/_____

**Wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa
w turnusie rehabilitacyjnym**

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

Imię i nazwisko _____

PESEL albo numer dokumentu tożsamości _____

Adres zamieszkania (pobyt stały)** _____

Adres do korespondencji: _____

Adres zameldowania (wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania) _____

Data urodzenia _____ nr telefonu: _____

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym _____

POSIADANE ORZECZENIE – informacja zgodna z zapisem zawartym w orzeczeniu ***

- a) o stopniu niepełnosprawności: znacznym umiarkowanym lekkim
- b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów: I II III
- c) o całkowitej o częściowej niezdolności do pracy
- o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym
- o niezdolności do samodzielnej egzystencji
- o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia.

Orzeczenie ważne: okresowo do _____ bezterminowo

Korzystałem(am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON***

Tak (podać rok) _____ Nie

Jestem zatrudniony/a w zakładzie pracy chronionej***: Tak Nie

Imię i nazwisko opiekuna _____

(wypełnić, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

OŚWIADCZENIE

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.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi _____.

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

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego „zaświadczenia o stanie zdrowia” sporządzonego przez lekarza, pod którego opieką się znajduję.

Data _____

Czytelny podpis _____

Wnioskodawcy, pełnomocnika,
przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego.

* Niepotrzebne skreślić.

** W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu .

*** Właściwe zaznaczyć

Wypełnia MOPS - Dąbrowa Górnicza

Data wpływu wniosku do MOPS

Pieczęć MOPS

Pieczętka i podpis pracownika

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY/OPIEKUN PRAWNY/ PEŁNOMOCNIK*

Nazwisko i imię _____ Nr PESEL _____

Adres zamieszkania: nr kodu _____ - _____ miejscowość _____

ulica _____ nr domu _____ nr lokalu _____

- Rodzic osoby niepełnosprawnej
- Opiekun prawny osoby niepełnosprawnej ustanowiony - postanowienie Sądu Rejonowego z dn. _____ sygn. akt/ na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza repet. nr _____ z dn. _____

_____ data

_____ podpis przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego* pełnomocnika*

* Niepotrzebne skreślić.

PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, ŻE:

- ✓ DOKONANIE WPŁATY ZALICZKI W CELU REZERWACJI TURNUSU REHABILITACYJNEGO NIE JEST PODSTAWĄ PRZYZNANIA DOFINANSOWANIA DO UCZESTNICTWA W TURNUSIE,
- ✓ OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA DOKONUJE REZERWACJI WYŁĄCZNIE NA WŁASNĄ ODPOWIEDZIALNOŚĆ,
- ✓ INFORMUJEMY, ŻE OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA, W TERMINIE 30 DNI OD OTRZYMANIA POWIADOMIENIA O PRYZNANIU DOFINANSOWANIA, NIE PÓŹNIEJ JEDNAK NIŻ 21 DNI PRZED DNIEM ROZPOCZĘCIA TURNUSU REHABILITACYJNEGO PRZEKAZUJE DO SIEDZIBY MOPS W DĄBROWIE GÓRNICZEJ, ALEJA JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 2 „INFORMACJĘ O WYBORZE TURNUSU”. NIE DOTRZYMANIE WW. TERMINU ZOSTANIE POTRAKTOWANE JAKO REZYGNACJA Z PRYZNANEGO DOFINANSOWANIA,
- ✓ UZYSKUJĄC DOFINANSOWANIE OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA ZOBOWIĄDUJE SIĘ DO JEGO WYKORZYSTANIA W ROKU BIEŻĄCYM. W PRZYPADKU REZYGNACJI Z PRYZNANEGO DOFINANSOWANIA, INFORMACJĘ W TYM ZAKRESIE NALEŻY ZŁOŻYĆ NA PIŚMIE,
- ✓ OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA DOKONUJE WYBORU OŚRODKA I ORGANIZATORA TURNUSU REHABILITACYJNEGO, KTÓRE WINNY POSIADAĆ WPISY DO REJESTRU OŚRODKÓW I ORGANIZATORÓW OBEJMUJĄCE OKRES TRWANIA TURNUSU ORAZ SĄ UPRAWNIONE DO PRZYJMOWANIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH Z OKREŚLONYMI W ORZECZENIU I/LUB WE WNIOSKU LEKARSKIM DYSFUNKCJAMI I/LUB SCHORZENIAMI.

_____ Data

_____ **Czytelny podpis**
Wnioskodawcy, pełnomocnika,
przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie ww. danych w bazie danych MOPS/DdRS dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadania, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r., poz. 1182 z późn. zm.).

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE DOCHODÓW

Uwaga! W przypadku osób samodzielnie gospodarujących, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy.

Ja niżej podpisany(a) _____ zamieszkały(a)
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

_____ (miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

| | | Przeciętny miesięczny dochód* |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|
| Dane dotyczące Wnioskodawcy – imię i nazwisko: | | X |
| 1. | | |
| Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą: | | X |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |
| | | Razem: |

Prawdziwość przedstawionych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności karnej określonej w art. 233 § 1 i § 2 Kodeksu Karnego /Dz.U. z dnia 06.06.1997 r. nr 88 poz. 553/ za zeznanie nieprawdy lub zatajenia prawdy.

Oświadczam, także że:

- 1) **przeciętny miesięczny dochód** przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosizł (słownie złotych:)
- 2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia.....r.
miejscowość

.....
Czytelny podpis
Wnioskodawcy, pełnomocnika,
przedstawiciela ustawowego,
opiekuna prawnego

POUCZENIE

Za dochody uwzględniane przy obliczeniu przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, uważa się dochody (po odliczeniu kwot alimentów świadczonych na rzecz innych osób):

- a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- b) deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,
- c) inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.

UWAGA!!!

Zgodnie z art. 10e, ust. 1 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r. (Dz. U. z 2011 r., nr 127, poz. 721, z późn. zm.) o dofinansowanie mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne, jeżeli dochód tych osób nie przekracza kwoty:

- a) 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,
- b) 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.

W przypadku przekroczenia kwoty dochodu kwotę dofinansowania pomniejsza się o kwotę, o którą dochód ten został przekroczony.

Do wniosku należy dołączyć:

- 1) Kopia aktualnego dokumentu stwierdzającego niepełnosprawność - oryginał do wglądu.
- 2) Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny – zał. nr 2.
- 3) W przypadku osób w wieku 18 – 24 lata – zaświadczenie potwierdzające kontynuowanie nauki.
- 4) Pełnomocnictwo w przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadzonego notarialnie, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności lub kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny.



Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY
(prosimy o czytelne wypełnienie wniosku)

Imię i nazwisko _____

PESEL _____ nr telefon _____

Adres zamieszkania* _____

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji **:

- | | | |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia |
| <input type="checkbox"/> padaczka | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> inne (<u>jakie?</u>) _____ |

Konieczność opieki osoby drugiej na turnusie rehabilitacyjnym:**

- Nie
- Tak – uzasadnienie konieczności opieki _____
- _____
- _____
- _____

Uwagi:

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć

Data

Podpis i pieczęć lekarza

WYPEŁNIA PRACOWNIK MOPS

ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU:

| L.p. | Nazwa załącznika | Załączono (zaznaczyć właściwe) | Uzupełniono (zaznaczyć właściwe) | Data uzupełnienia |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|
| | | <i>Wypełnia pracownik przyjmujący wniosek</i> | | |
| 1. | Kserokopia aktualnego dokumentu potwierdzającego stopień niepełnosprawności lub niepełnosprawność w przypadku dziecka do 16 roku życia - oryginał do wglądu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. | Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny (załącznik nr 2). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. | W przypadku osób w wieku 18 - 24 lata – zaświadczenie potwierdzające kontynuowanie nauki. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. | Pełnomocnictwo w przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadzonego notarialnie, które określa zakres pełnomocnictwa do dokonania poszczególnych czynności lub kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. | Inne załączone dokumenty: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Pieczątką imienną pracownika przyjmującego wniosek

Data, podpis: