

Nr wniosku TR/DZ\*/ \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nr sprawy DdRS.6100. \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data wpływu

**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 \*\*\***

- 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
- d)  o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia.

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.

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 2002 r., nr 101, poz. 926, z późn. zm.).

\_\_\_\_\_  
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\*

**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.

- ✓ **DOKONANIE WPŁATY ZALICZKI W CELU REZERWACJI TURNUSU REHABILITACYJNEGO NIE JEST PODSTAWĄ PRYZNANIA 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, UL. SKIBIŃSKIEGO 1 „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. REZYGNACJA MOŻE NASTĄPIĆ W UZASADNIONYCH SYTUACJACH LOSOWYCH (np. choroba, pobyt w szpitalu itp.). REZYGNACJĘ NALEŻY ZŁOŻYĆ NA PIŚMIE.**

\_\_\_\_\_ Data

\_\_\_\_\_ **Czytelny podpis**

Wnioskodawcy, pełnomocnika,  
przedstawiciela ustawowego,  
opiekuna prawnego.

**Załączniki:**

- 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 16 – 24 lata – zaświadczenie potwierdzające kontynuowanie nauki.
- 4) Pełnomocnictwo w przypadku występowania Wnioskodawcy przez pełnomocnika, ustanowionego na podstawie pełnomocnictwa poświadczanego 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.

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE DOCHODÓW**

Niniejszym oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód na 1 osobę w rodzinie** wynosił:  
\_\_\_\_\_ zł.

**Przeciętny miesięczny dochód na 1 osobę w rodzinie oznacza** – przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

**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:

L.p.	Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Wiek	Czy pobiera naukę (tak/nie)	Przeciętny miesięczny dochód*
<b>Dane dotyczące Wnioskodawcy:</b>						
1.						
<b>Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego:</b>						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
					<b>Razem:</b>	

**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 2002 r., nr 101, poz. 926, z późn. zm.).**

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

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
**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):**

- 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,
- 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,
- inne dochody niepodlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych.



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

**ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE DO WNIOSKU:**

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono (zaznaczyć właściwe)	Uzupełniono (zaznaczyć właściwe)	Data uzupełnie nia
			<b>Wypełnia pracownik przyjmujący wniosek</b>	
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	W przypadku osób w wieku 16 – 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 imienna pracownika przyjmującego wniosek

Data, podpis: