

Nr sprawy: .....

**WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA DO UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM ZE ŚRODKÓW PAŃSTOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

(dotyczy osób niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie Miasta Zabrze)

**Turnusy rehabilitacyjne** - są zorganizowaną formą aktywnej rehabilitacji połączoną z elementami wypoczynku. Celem uczestnictwa w turnusie jest ogólna poprawa psychofizycznej sprawności oraz rozwijanie umiejętności społecznych uczestników, między innymi **poprzez nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych, realizację i rozwijanie zainteresowań, a także przez udział w innych zajęciach przewidzianych w programie turnusu.**

Imię i nazwisko ..... nr telefonu.....

Adres zamieszkania\* kod ..... - ..... Zabrze ul. ....

PESEL ..... Planowany termin uczestnictwa w turnusie: .....

**Posiadane orzeczenie:**

- znaczny, I grupa, o niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji
- umiarkowany, II grupa, o całkowitej niezdolności do pracy
- lekki, III grupa, o częściowej niezdolności do pracy
- o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

**Orzeczony stopień ma charakter\*\*:**  trwały  okresowy, na okres do .....

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

<b>Imię i nazwisko osoby będącej opiekunem na turnusie rehabilitacyjnym:</b> (wypełnić, jeżeli lekarz uzasadnił konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym)
Rola opiekuna wymaga stałej obecności przy osobie niepełnosprawnej

**OŚWIADCZENIE**

**o wysokości dochodu i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym**

Poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z wnioskodawcą np. (mąż, syn, córka, itp.):		Przeciętny miesięczny dochód <sup>1</sup>
1.	<b>WNIOSKODAWCA</b>	
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
<b>RAZEM:</b>		

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód przypadający na jednego członka gospodarstwa domowego obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wyniósł .....

<sup>1</sup> przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomniejszony o obciążenie podatkiem dochodowym od 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, podzielonych przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

## OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

**Prosimy, o rzetelne udzielanie odpowiedzi na poniższe pytania, nadmieniamy, że podane informacje będą weryfikowane przez tut. Ośrodek i podanie danych niezgodnych z prawdą będzie wykluczało wniosek z dalszego rozpatrzenia.**

Składałem wniosek do turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON:  Nie  Tak, proszę zaznaczyć rok składania:

<b>Rok składania</b>	<input type="checkbox"/> 2014	<input type="checkbox"/> 2015	<input type="checkbox"/> 2016	<input type="checkbox"/> 2017	<input type="checkbox"/> 2018	<input type="checkbox"/> 2019	<input type="checkbox"/> 2020	<input type="checkbox"/> 2021
<b>Decyzja</b>	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna	<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna

Korzystałam/em z innych form rehabilitacji finansowanych np. przez NFZ, ZUS:  Nie  Tak, proszę zaznaczyć rok korzystania:

<b>Rok korzystania</b>	<input type="checkbox"/> 2014	<input type="checkbox"/> 2015	<input type="checkbox"/> 2016	<input type="checkbox"/> 2017	<input type="checkbox"/> 2018	<input type="checkbox"/> 2019	<input type="checkbox"/> 2020	<input type="checkbox"/> 2021
<b>Jaka to była forma rehabilitacji?</b>								

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku jak i w załącznikach są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom/a odpowiedzialności kamej za składanie nieprawdziwych danych.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych MOPR dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadań statutowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 poz. 1082 z późn. zm..)

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y iż:

- rozpatrzenie wniosku nastąpi na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776 z późn. zm.), Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1694) oraz Zarządzenia Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Zabrze określającego regulamin przyznawania dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych,
- na wniosek lekarza, osoba niepełnosprawna o stopniu znacznym lub umiarkowanym albo równoważnym oraz osoba niepełnosprawna w wieku do 16 lat może ubiegać się o dofinansowanie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym jej **opiekuna**, pod warunkiem, że opiekun:
  - a) nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
  - b) nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby (np. osoba wymagająca opieki tj. taka, która posiada orzeczenie zaliczające ją do pierwszej grupy inwalidów lub inne orzeczenie równoważne)
  - c) ukończył 18 lat lub ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej
- realizacja złożonych wniosków nastąpi z chwilą otrzymania środków finansowych przez tut. Ośrodek na realizację powyższego zadania, dofinansowanie będzie przyznawane przez tut. Ośrodek do wyczerpania środków finansowych PFRON przeznaczonych dla powiatu zabrzańskiego i zatwierdzonych do wykorzystania na powyższy cel,
- wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnacje należy zgłaszać do tut. Ośrodka w formie pisemnej.
- **konsekwencje wyboru i zarezerwowanie miejsca na turnusie przed uzyskaniem dofinansowania ponosi wnioskodawca**

### PO OTRZYMANIU DOFINANSOWANIA ZOBOWIĄZUJE SIĘ DO:

- **wzięcia udziału w turnusie, który odbędzie się w ośrodku wpisanym do rejestru ośrodków, prowadzonego przez wojewodę, wybiore organizatora turnusu i ośrodek, który posiada wpis do rejestru turnusów dostępnego na stronie: [www.empatia.mpips.gov.pl](http://www.empatia.mpips.gov.pl) i przedstawię lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualne zaświadczenie o stanie zdrowie.**

Zabrze, dn. ....  
Data

.....  
Czytelny podpis wnioskodawcy lub  
opiekuna prawnego osoby niepełnosprawnej



pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i Nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres (miejsce pobytu<sup>2</sup>).....

### Rodzaje schorzenia lub dysfunkcji<sup>3</sup>:

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

### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie<sup>2</sup>

- Nie  
 Tak – uzasadnienie:

**PROSIMY O WSKAZANIE ROLI OPIEKUNA NA TURNUSIE W ODNIESIENIU DO WW. SCHORZEŃ LUB DYSFUNKCJI OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ, KTÓREJ DOTYCZY ZAŚWIADCZENIE**

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

### Uwagi

.....

.....  
data

.....  
pieczęć i podpis lekarza

Zgodnie z § 4. 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r w sprawie turnusów rehabilitacyjnych osobie niepełnosprawnej o **znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo równoważnym oraz osobie niepełnosprawnej w wieku do 16 lat** może być przyznane dofinansowanie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym jej opiekuna, **pod warunkiem że wniosek lekarza zawiera WYRAŹNE WSKAZANIE WRAZ Z UZASADNIENIEM KONIECZNOŚCI pobytu opiekuna.**

<sup>2</sup> Wpisać w przypadku osoby bezdomnej miejsce pobytu

<sup>3</sup> Właściwie zaznaczyć

Załączniki wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA MOPR <i>(należy zaznaczyć właściwie)</i>
		Dołączono do wniosku
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu),	<input type="checkbox"/>
2.	Dowód osobisty Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego osoby niepełnoletniej/opiekuna prawnego/pełnomocnika lub innego urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość <b>(do wglądu)</b> ,	<input type="checkbox"/>
3.	Wniosek lekarza o skierowanie na turnus, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna, sporządzony nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą złożenia wniosku,	<input type="checkbox"/>
4.	W przypadku, gdy wnioskodawca działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego należy dołączyć kserokopię pełnomocnictwa lub postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu),	<input type="checkbox"/>
5.	W przypadku osób niepełnosprawnych uczących się i niepracujących w wieku 16-24 lat, należy dołączyć aktualne zaświadczenie ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki.	<input type="checkbox"/>
6.	Inne:	<input type="checkbox"/>

Potwierdzam zgodność z oryginałem kserokopii dokumentów dołączonych do wniosku .....

data, pieczęć i podpis pracownika przyjmującego wniosek

**Wnioski przyjmowane są w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Zabrze,  
ul. 3-go Maja 16, pok. 19, tel. (32) 277 78 20, (32) 277 78 21**

Wnioski dot. zadań PFRON można pobierać ze strony:

**[www.mopr.zabrze.pl](http://www.mopr.zabrze.pl)**  
**e-mail: [ofron@mopr.zabrze.pl](mailto:ofron@mopr.zabrze.pl)**