

Nr sprawy:

**WNIOSEK O PRYZNANIE DOFINANSOWANIA DO UCZESTNICTWA W TURNUSIE
REHABILITACYJNYM ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO 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.**

Wnioskodawca/Pełnomocnik jeżeli występuje: (WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

Imię i nazwisko nr telefonu

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

PESEL

W przypadku dziecka, osoby ubezwłasnowolnionej lub mocodawcy/wnioskodawcy w którego imieniu działa pełnomocnik

Imię i nazwisko dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej/ mocodawcy/wnioskodawcy w którego imieniu działa pełnomocnik

PESEL

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

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

Imię i nazwisko osoby będącej opiekunem na turnusie rehabilitacyjnym: (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 ¹
1.	WNIOSKODAWCA	
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
RAZEM:		

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

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:								
Rok składania	☐ 2018	☐ 2019	☐ 2020	☐ 2021	☐ 2022	☐ 2023	☐ 2024	☐ 2025
Decyzja	☐ pozytywna ☐ negatywna	☐ pozytywna ☐ negatywna	☐ pozytywna ☐ negatywna	☐ pozytywna ☐ negatywna	☐ pozytywna ☐ negatywna	☐ pozytywna ☐ negatywna	☐ pozytywna ☐ negatywna	☐ pozytywna ☐ negatywna
Korzystałem/em z innych form rehabilitacji finansowanych np. przez NFZ, ZUS: ☐ Nie ☐ Tak, proszę zaznaczyć rok korzystania:								
Rok korzystania	☐ 2018	☐ 2019	☐ 2020	☐ 2021	☐ 2022	☐ 2023	☐ 2024	☐ 2025
Jaka to była forma rehabilitacji?								

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku jak i w załącznikach są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom/a odpowiedzialności karnej 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 zostałem/em poinformowany/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 Zabrzu określającego

¹ 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.

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, wyborę organizatora turnusu i ośrodek, który posiada wpis do rejestru turnusów dostępnego na stronie: 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

Załączniki wymagane do wniosku:

Nazwa załącznika		WYPEŁNIA MOPR (należy zaznaczyć właściwe)
		Dołączono do wniosku
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu),	
2.	Dowód osobisty Wnioskodawcy/przedstawiciela ustawowego osoby niepełnoletniej/opiekuna prawnego/pełnomocnika lub innego urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość (do wglądu),	
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,	
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),	
5.	W przypadku osób niepełnosprawnych uczących się i niepracujących w wieku 16-24 lat, należy dołączyć aktualne zaświadczenie ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki.	
6.	Inne:	

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**

GODZINY PRZYJMOWANIA STRON

**Poniedziałek - Wtorek 07:30-15:30
Środa, Czwartek, Piątek 07:30-12:00**

Wnioski dot. zadań PFRON można pobierać ze strony:

**www.mopr.zabrze.pl
e-mail: ofron@mopr.zabrze.pl**



pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i Nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres (miejsce pobytu²)

Rodzaje schorzenia lub dysfunkcji³:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ dysfunkcja narządu ruchu | ☐ dysfunkcja narządu słuchu | ☐ dysfunkcja narządu wzroku |
| ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | ☐ choroba psychiczna | ☐ padaczka |
| ☐ schorzenia układu krążenia | * upośledzenie umysłowe | |
| inne
(jakie?) | | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie²

- ☐ 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 WYRAŻNE WSKAZANIE WRAZ Z UZASADNIENIEM KONIECZNOŚCI pobytu opiekuna.**

² Wpisać w przypadku osoby bezdomnej miejsce pobytu

³ Właściwe zaznaczyć