

WNIOSEK**o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym osoby dorosłej****1. Dane wnioskodawcy lub opiekuna prawnego**

Imię i nazwisko		Data urodzenia	
Adres zamieszkania / zameldowania: ulica, nr domu / mieszkania		Kod pocztowy Gdynia	
Telefon		Nr dowodu osobistego	PESEL
Adres do korespondencji, jeśli jest inny niż ww.: ulica, nr domu / mieszkania		Kod pocztowy Miejscowość	

2. Dane osoby ubezwłasnowolnionej

Imię i nazwisko		Data urodzenia	
Adres zamieszkania / zameldowania: ulica, nr domu / mieszkania		Kod pocztowy Gdynia	
Telefon		Nr dowodu osobistego	PESEL
Adres do korespondencji, jeśli jest inny niż ww.: ulica, nr domu / mieszkania		Kod pocztowy Miejscowość	

3. Informacje dotyczące osoby niepełnosprawnej (właściwie proszę zaznaczyć znakiem X)

Posiadane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności	Stopień znaczny		Stopień umiarkowany		Stopień lekki	
Posiadane orzeczenie o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów	I grupa		II grupa		III grupa	
Posiadane orzeczenie o niezdolności do pracy	całkowita		częściowa		niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym	niezdolność do samodzielnej egzystencji
Osoba pobierająca naukę w wieku pomiędzy 18 a 24 rokiem życia			Osoba zatrudniona w Zakładzie Pracy Chronionej			
Korzystanie z dofinansowania uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym						
Tak – w latach		Nie z powodu odmów (proszę podać lata)		Nie korzystała/e/m nigdy		

4. Opiekun na turnusie rehabilitacyjnym – należy wypełnić w przypadku, gdy lekarz wskazał konieczność pobytu opiekuna

Imię i nazwisko		Data urodzenia	
Adres zamieszkania / zameldowania: ulica, nr domu / mieszkania		Kod pocztowy Miejscowość	
Telefon		PESEL	

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na pełnienie funkcji opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym ww. wnioskodawcy oraz oświadczam, że:

- jestem osobą pełnoletnią* ukończyłam/em 16 lat i zamieszkuje wspólnie z wnioskodawcą*
- nie jestem osobą zaliczoną do znacznego stopnia niepełnosprawności (I grupy inwalidów /całkowicie niezdolną do pracy i samodzielnej egzystencji,
- podczas turnusu nie będę pełnił/a funkcji członka kadry.

* **niepotrzebne skreślić**

Powyższe oświadczenie składam, będąc poinformowana/y o treści art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, który stanowi, że składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Gdynia, dnia		Czytelny podpis opiekuna	
--------------	--	--------------------------	--

5. Informacja o dochodach

UWAGA ! Do dochodu nie wlicza się świadczenia pielęgnacyjnego, zasiłku i dodatku pielęgnacyjnego oraz zasiłków rodzinnych
 * Średni miesięczny dochód pomniejszony o obciążenie zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych wraz ze składką na ubezpieczenie zdrowotne, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego oraz o kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób oraz powiększony o kwotę otrzymywanych alimentów podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

Lp.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Wiek	Stopień niepełnosprawności	Źródło dochodu wynagrodzenie, renta, itp.	Średni miesięczny dochód netto*
1		WNIOSKODAWCA				
RAZEM						

Informuję, że korzystam ze świadczeń rodzinnych lub ze świadczeń z pomocy społecznej w łącznej kwocie	
---	--

6. Oświadczenie

Oświadczam, że	
▪ liczba członków rodziny we wspólnym gospodarstwie domowym (razem z wnioskodawcą) wynosi	
▪ liczba osób niepełnosprawnych we wspólnym gospodarstwie domowym (razem z wnioskodawcą) wynosi	
▪ średni miesięczny dochód netto rodziny wynosi (bez świadczeń rodzinnych i świadczeń z pomocy społecznej)	
▪ średni miesięczny dochód netto na osobę w rodzinie wynosi	
Znana jest mi treść art. 233 kodeksu karnego o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy (Dz.U. z 1997r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.).	
Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia (dotyczy turnusu, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne).	
Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 ze zm.) informuję, iż administratorem danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej z siedzibą w Gdyni, ul. Grabowo 2, 81-265 Gdynia. Celem zbierania danych jest realizacja zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721 ze zm.), a obowiązek ich podania służy realizacji zapisów ustawy. Jednocześnie przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.	
Pouczona(y) o odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 § 1 kodeksu karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, oświadczam, że nie posiadam zaległości w terminowym regulowaniu zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz nie była(e)m stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON, która została rozwiązana z przyczyn leżących po mojej stronie. <i>Pouczenie: Zgodnie art. 233 § 1 kodeksu karnego, kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.</i> <i>Podstawa prawna: § 9 ust. 1 Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 926.)</i>	
Gdynia, dnia	Czytelny podpis wnioskodawcy lub pełnomocnika

Do wniosku należy dołączyć

- kopię orzeczenia wnioskodawcy o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia do celów rentowych - **oryginał do wglądu** oraz orzeczenia osób wspólnie zamieszkujących - **oryginał do wglądu**
- aktualny wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny
- kopie dokumentów potwierdzających uzyskiwane dochody we wspólnym gospodarstwie domowym (zaświadczenie z zakładu pracy, ostatnia decyzja o waloryzacji renty/emerytury, itp.) - **oryginały do wglądu**
- w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - kserokopię zaświadczenia lub wyroku Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego - **oryginał do wglądu**
- w przypadku reprezentowania wnioskodawcy przez pełnomocnika – kserokopię pełnomocnictwa notarialnego, **oryginał do wglądu**
- inne załączniki niezbędne do weryfikacji danych, których nie można uzyskać na podstawie złożonego wniosku

7. Wypełnia pracownik MOPS w Gdyni

Data wpływu wniosku	Pieczętka i podpis pracownika
ADNOTACJE URZĘDOWE	