

WNIOSEK**o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym dziecka****1. Dane wnioskodawcy (rodzica 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 dziecka

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

3. Informacje dotyczące niepełnosprawnego dziecka (właściwie proszę zaznaczyć znakiem X)

Posiadane orzeczenie o niepełnosprawności (do 16 roku życia)		Dziecko w wieku pomiędzy 16 a 18 rokiem życia	
Posiadane orzeczenie o stopniu niepełnosprawności	Stopień znaczny	Stopień umiarkowany	Stopień lekki
Dziecko w wieku pomiędzy 16 – 18 rokiem życia pobierające naukę		Osoba biorąca udział w zajęciach ośrodka wsparcia	
Korzystanie z dofinansowania uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym			
Tak – w latach		Nie z powodu odmów (proszę podać lata)	Nie korzystała/e/m nigdy

4. Opiekun dziecka 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 dziecka (dotyczy turnusu, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne).

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. 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 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. 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.

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.

Podstawa prawna: § 9 ust. 1 Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2015 r. poz. 926).

Gdynia, dnia _____
Czytelny podpis
wnioskodawcy lub pełnomocnika

Do wniosku należy dołączyć

- kopię orzeczenia** o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności, **oryginał do wglądu** oraz orzeczenie 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.)
- zaświadczenie potwierdzające naukę** (dotyczy młodzieży w wieku między 16 a 18 rokiem życia)
- 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