



POWIATOWE CENTRUM
POMOCY RODZINIE

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE W POZNANIU

ul. Słowackiego 8, 60 – 823 Poznań

tel. 61 22 22 905

e-mail: pcpr@powiat.poznan.pl,

www.pcpr.powiat.poznan.pl



Pieczęć z datą wpływu do PCPR

Nr wniosku IV.530

WNIOSK

O UCZESTNICTWO W TURNUSIE REHABILITACYJNYM

z dofinansowaniem ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób

Niepełnosprawnych

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub jej pełnomocnik, a w przypadku osoby niepełnoletniej rodzic bądź opiekun prawny, proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami)

I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY - osoby niepełnosprawnej

Imię i nazwisko.....

PESEL: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

adres zamieszkania

ulica nr domunr lokalu

kod-..... miejscowość gmina

telefon..... e-mail.....

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY/ OPIEKUN PRAWNY/PEŁNOMOCNIK

(wypełnić, jeśli dotyczy)

Imię i nazwisko

PESEL: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

adres zamieszkania (wypełnić, gdy jest inny niż Wnioskodawcy)

ulica nr domu nr lokalu

kod-..... miejscowość gmina

telefon e-mail

Opiekun prawny ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego w

z dnia sygn. akt

Pełnomocnik na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza z dnia

repetytorium nr

Stopień niepełnosprawności (wstawić X we właściwej rubryce)

znaczny – (inwalidzi I grupy, osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji oraz osoby o stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny na podstawie orzeczenia wydanego przed 1998 r.),	
umiarkowany – (inwalidzi II grupy oraz osoby całkowicie niezdolne do pracy),	
lekki – (pozostali inwalidzi III grupy, osoby częściowo niezdolne do pracy oraz osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie orzeczenia wydanego przed 1998 r.),	
osoba w wieku do lat 16 z orzeczeniem o niepełnosprawności,	

II. KORZYSTAŁEM/AM Z DOFINANSOWANIA DO TURNUSU REHABILITACYJNEGO ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

(wstawić X we właściwe pole)

TAK (podać rok) NIE

III. AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

- zatrudniony/a w zakładzie pracy chronionej, TAK NIE
- zatrudniony/a poza zakładem pracy chronionej, TAK NIE
- zatrudniona młodzież do lat 18, TAK NIE
- młodzież ucząca się od 16 do 24 roku życia, TAK NIE
- pozostałe osoby w wieku do 18 lat, TAK NIE

IV. POZOSTAŁE INFORMACJE

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym:

.....

Opiekun (wypełnić, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

Imię i nazwisko **PESEL**

V. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

1. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą

		Stopień niepełnosprawności (jeśli dotyczy)	Przeciętny miesięczny dochód (netto), obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek *
1.	Wnioskodawca:		
	Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą		
2.			
3.			
4.			
5.			
RAZEM:			

* jest to dochód wszystkich wspólnie zamieszkujących i prowadzących wspólne gospodarstwo domowe osób, obliczany za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, w rozumieniu ustawy o świadczeniach rodzinnych, pomniejszony o podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób.

- Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny na jedną osobę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2017 r. poz.1952), obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc, w którym składany jest wniosek, podzielony przez liczbę osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

wynosi zł.

słownie:

Łączna liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym:

- Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych PCPR w Poznaniu dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji mojego wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 poz. 922).
- Oświadczam, że zapoznałem/łam się z procedurą dotyczącą przyznawania w bieżącym roku dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym zamieszczoną na stronie: www.pcpr.powiat.poznan.pl,
- Świadoma(y) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 297 § 1, 2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą.
- Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku ujawnienia zawartych we wniosku nieprawdziwych informacji, decyzja na podstawie której przyznano środki finansowe Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zostanie anulowana, a Wnioskodawca zobowiązany zostanie do zwrotu przekazanych przez PCPR środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości ustawowej, naliczonymi od dnia wykonania płatności tych środków.

6. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku powzięcia wątpliwości odnośnie podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności, co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, PCPR wezwie Wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.
7. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku o dofinansowanie nie jest równoznaczne z jego przyznaniem.
8. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni od ich powstania.
9. Oświadczam, że są mi znane następujące informacje:
 - a) dofinansowanie nie może obejmować kosztów turnusu poniesionych przed przyznaniem dofinansowania,
 - b) nieusunięcie ewentualnych uchybień we wniosku w wyznaczonym przez PCPR terminie 30 dni, skutkować będzie pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia.

Miejscowość data

* *niepotrzebne skreślić*

podpis Wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego*/
opiekuna prawnego / pełnomocnika*

ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO WNIOSKU

Lp.	Nazwa załącznika	Wypełnia pracownik PCPR		
		Załączono do wniosku TAK/NIE	Uzupełniono TAK / NIE	Data uzupełnienia /uwagi/
1.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub inne równoważne potwierdzające niepełnosprawność Wnioskodawcy – oryginał do wglądu			
2.	Aktualny wniosek lekarski, zawierający rodzaj schorzenia lub dysfunkcji oraz konieczność opieki osoby drugiej wraz z uzasadnieniem			
3.	Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego – oryginał do wglądu			

.....
Podpis pracownika PCPR

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej lub
gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARSKI na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko
PESEL albo numer dokumentu tożsamości
Adres (miejsce pobytu *)

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**:

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

Konieczność opieki osoby drugiej na turnusie rehabilitacyjnym**:

- NIE
- TAK – uzasadnienie

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

UWAGI:

.....
.....

.....
Miejscowość – data

.....
Podpis i pieczętka lekarza

*) w przypadku osoby bezdomnej miejsce pobytu.

**) właściwe zaznaczyć