

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. Oświadczam, że przeciętny **miesięczny dochód** rodziny **na jedną osobę** w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, 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:

**Należy podać kwoty” netto”, tj. bez wliczania 500+, zasiłku stałego, zasiłku pielęgnacyjnego, dodatku pielęgnacyjnego, świadczenia uzupełniającego.*

2. Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zwanego dalej Funduszem i nie byłem/em w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. 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,
4. 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 2019 r. poz. 1950) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku podane zostały zgodnie z prawdą.
5. 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.
10. **OŚWIADCZAM, ŻE PRZEDSTAWIONO MI KLAUZULĘ INFORMACYJNĄ O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH DLA OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O DOFINANSOWANIE** – klauzula dostępna jest na stronie internetowej www.pcpr.powiat.poznan.pl oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie.

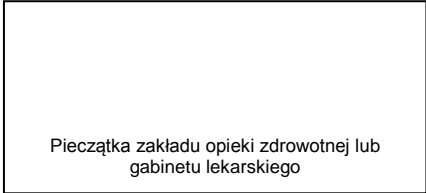
Miejscowość data

* niepotrzebne skreślić

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

ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO WNIOSKU

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego Wnioskodawcy.
2. Aktualne zaświadczenie lekarskie – według załącznika (*zaświadczenie ważne 3 miesiące od daty wystawienia*).
3. Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego.



WNIOSEK LEKARSKI
na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko
PESEL albo numer karty pobytu
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 pieczęć lekarza

*) w przypadku osoby bezdomnej miejsce pobytu.
**) właściwe zaznaczyć