

Wniosek Nr

**o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON
do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

Imię i nazwisko

PESEL

Data urodz. Nr tel.

Adres e-mail

Adres / miejsce pobytu /

Uczę się i nie pracuję / wnioskodawca w wieku 16-24 lat/* TAK NIE

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

Posiadane orzeczenie:

- | | | | |
|---|---------|-------------|-------|
| - o stopniu niepełnosprawności | Znaczny | Umiarkowany | Lekki |
| - o zaliczeniu do jednej z grup | I | II | III |
| - o całkowitej, częściowej niezdolności do pracy lub w gospodarstwie rolnym,
o niezdolności do samodzielnej egzystencji, | | | |
| - niepełnosprawność do 16 roku życia. | | | |

Korzystałem/am z dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego:

TAK / w jakich latach / NIE

Jestem zatrudniony/a w Zakładzie Pracy Chronionej TAK NIE

Imię i nazwisko, adres opiekuna

/wypełnić, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem/

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosi zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego „**Zaświadczenia o aktualnym stanie zdrowia**” sporządzonego przez lekarza, pod którego opieką się znajduję. **

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, niezbędnych do ubiegania się o dofinansowanie ze środków PFRON, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 §1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. Prawidłowość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
/miejscowość i data/

.....
/czytelny podpis wnioskodawcy/

* nie dotyczy dorosłych uczestników

** dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

Wypełnia PCPR

.....
Data wpływu wniosku do PCPR

.....
Pieczęć PCPR i podpis pracownika

Do wniosku należy **dołączyć KSEROKOPIE** niżej wymienionych aktualnych dokumentów / oryginały do wglądu:

1. Wypełniony przez lekarza „Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny”,
2. Wypełnione przez lekarza „Zaświadczenie o aktualnym stanie zdrowia”
3. Dorośli – orzeczenie o grupie inwalidzkiej lub o stopniu niepełnosprawności,
4. Osoby w wieku do 16 roku życia – orzeczenie o niepełnosprawności, natomiast osoby w wieku 16-24 lat uczące się i niepracujące – orzeczenie o stopniu niepełnosprawności,
5. Decyzje o waloryzacji rent lub emerytur, bądź inne dokumenty potwierdzające przeciętny miesięczny dochód rodziny** /np. z zakładu pracy/

U W A G A !

Osoby niepełnosprawne mogą ubiegać się o wysokość pełnego dofinansowania wynikającego z posiadanych przez nich orzeczeń o stopniu niepełnosprawności, jeżeli **przeciętny miesięczny dochód rodziny** nie przekracza:**

- **50%** przeciętnego wynagrodzenia, zwanego dalej „przeciętnym wynagrodzeniem”* - na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,
- **65%** przeciętnego wynagrodzenia - w przypadku osoby samotnej.

W przypadku przekroczenia kwot dochodu, o których mowa wyżej, kwotę dofinansowania pomniejsza się o kwotę, o którą dochód ten został przekroczony.

***Przeciętne wynagrodzenie** – oznacza to, przeciętne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1383).

****Przeciętny miesięczny dochód rodziny** - w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku o dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego.**

Zduńska Wola, dnia.....

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

Oświadczenie

Oświadczam, że będąc opiekunem Pani/a.....
w trakcie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym w terminie.....
nie będę pełnił/a funkcji członka kadry na turnusie rehabilitacyjnym i nie jestem osobą
niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.

.....
podpis opiekuna