

Wniosek przyjęto w dniu nr

Nr sprawy

W N I O S E K

o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

1. DANE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ)

Imię i nazwisko

Data urodzenia:-.....-..... PESEL:

Dow.osob. Seria nr data wydaniar.

Termin ważnościr.

ADRES ZAMIESZKANIA/ZAMELDOWANIA

ADRES KORESPONDENCYJNY

Ulica Ulica

Kod-..... Miejscowość Kod-..... Miejscowość

Telefon e-mail

2. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (wypełnić, jeśli wniosek dotyczy osoby niepełnoletniej, ubezwłasnowolnionej, posiadającej opiekuna prawnego lub pełnomocnika):

Imię i nazwisko: PESEL

Dow.osob. Seria Nr data wydaniar.

Termin ważnościr.

ADRES ZAMIESZKANIA/ZAMELDOWANIA

ADRES KORESPONDENCYJNY

Ulica Ulica

Kod-..... Miejscowość Kod-..... Miejscowość

Telefon e-mail

Opiekun prawny* - ustanowiony postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia

sygnatura akt

Pełnomocnik* - na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza

dnia nr repertorium

3. Posiadane orzeczenie (wstawić znak X we właściwej rubryce)

- ☐ stopień Znaczny / I Gr. / całkowicie niezdolny do pracy i samodzielnej egzystencji
 - ☐ stopień Umiarkowany / II Gr. / całkowicie niezdolny do pracy
 - ☐ stopień Lekki / III Gr. / częściowo niezdolny do pracy
 - ☐ niepełnosprawność osoby do 16 roku życia
- (proszę podać datę ważności posiadanego orzeczenia oraz numer wydanego orzeczenia)
-

4. Korzystałem(am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON TAK (podać rok) NIE

5. Jestem zatrudniony w zakładzie pracy chronionej **TAK** **NIE**

6. **Opiekun:** Imię i Nazwisko.....

PESEL..... (wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

7. **Planowany termin** uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.....

8. Oświadczenie:

- a) 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, wynosizł. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi (zgodnie z zał. nr 2).
- b) Oświadczam, iż na turnusie rehabilitacyjnym nie będę pełnił/pełniła funkcji członka kadry, nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON, w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłem/byłam stroną umowy zawartej z Funduszem i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- c) Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnej (sporządzonej nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą rozpoczęcia turnusu) „Informacji o stanie zdrowia” sporządzonej przez lekarza, pod którego opieką się znajduję.
- d) **Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych przez MOPS w Żorach zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922 z późn. zm.).
- e) Zobowiązuję się do dostarczenia „**Informacji o wyborze turnusu rehabilitacyjnego**” (zał. nr 5) oraz „**Oświadczenia opiekuna osoby niepełnosprawnej**” (zał. nr 4) do Zespołu ds. Osób Niepełnosprawnych MOPS w Żorach **w terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania.**
- f) **Oświadczam**, że zostałem poinformowany, że złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania oraz że wniosek złożony w 2019 roku nie przechodzi na rok następny.
- g) **Oświadczam**, że są mi znane następujące informacje:
- ✓ Turnus rehabilitacyjny musi trwać, co najmniej **14 dni**, wyłącznie na terenie kraju.
 - ✓ W przypadku skrócenia uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym przez osobę niepełnosprawną lub jego opiekuna, z przyczyn innych niż losowe, osoba niepełnosprawna bądź opiekun, ponosi całkowite koszty pobytu na tym turnusie.
 - ✓ Turnus rehabilitacyjny musi się odbyć w **ośrodku** uprawnionym do organizowania turnusów rehabilitacyjnych, który posiada **aktualny wpis do rejestru ośrodków.**
 - ✓ Wybrany **organizator** turnusu rehabilitacyjnego musi posiadać **wpis do rejestru organizatorów turnusów.**

Przyjmuję do wiadomości powyższą procedurę oraz informację, że niniejszy wniosek złożony w dniu..... zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w Warszawie i uchwaleniu planu finansowego na 2019 rok przez Radę Miasta Żory.

Żory, dnia/...../2019 r.

.....
(podpis Wnioskodawcy
/przedstawiciela ustawowego)

Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednik, **oryginał do wglądu.**
2. Zaświadczenie (ze szkoły, uczelni) potwierdzające naukę w przypadku osoby uczącej się i niepracującej w wieku 16-24 lat.
3. Potwierdzenie pełnienia funkcji opiekuna prawnego.
4. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny – załącznik nr 2.
5. Oświadczenie o dochodach – załącznik nr 3.
6. Informacja dotycząca sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej (załącznik nr 1).

Informacja dotycząca sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej

1. Dane osobowe:

Imię i nazwisko

2. Sytuacja rodzinna:

Stan cywilny Ilość osób w rodzinie

3. Zdolność do poruszania się (proszę odpowiednio zaznaczyć)

- wstawanie z łóżka i powrót do niego: ☐ samodzielnie ☐ z pomocą częściową
☐ z pomocą całkowitą
- przygotowania posiłków: ☐ samodzielnie ☐ z pomocą częściową ☐ z pomocą całkowitą
- chodzenie w obrębie mieszkania: ☐ samodzielnie ☐ z pomocą częściową
☐ z pomocą całkowitą
- opuszczanie mieszkania i powrót do niego: ☐ samodzielnie ☐ z pomocą częściową
☐ z pomocą całkowitą
- korzystanie ze środków komunikacji: ☐ samodzielnie ☐ z pomocą częściową
☐ z pomocą całkowitą
- przemieszczanie się poza miejsce zamieszkania: ☐ samodzielnie ☐ z pomocą częściową
☐ z pomocą całkowitą
- inne, nie wymienione wyżej (wskazać jakie).....

4. Poruszanie się (proszę odpowiednio zaznaczyć)

- | | |
|--|--|
| ☐ samodzielnie bez oprzyrządowania, | ☐ z balkonikiem, |
| ☐ samodzielnie po oprostowaniu, | ☐ na wózku inwalidzkim, |
| ☐ z laską, | ☐ z przewodnikiem. |
| ☐ przy pomocy kul, | |

5. Zdolność do prowadzenia gospodarstwa domowego (proszę odpowiednio zaznaczyć)

- | | |
|--|---|
| - sprzątanie: | ☐ samodzielnie ☐ z pomocą |
| - pranie, gotowanie, zmywanie: | ☐ samodzielnie ☐ z pomocą |
| - ogrzewanie mieszkania: | ☐ samodzielnie ☐ z pomocą |
| - robienie zakupów: | ☐ samodzielnie ☐ z pomocą |
| - dbanie o własność osobistą i bezpieczeństwo: | ☐ samodzielnie ☐ z pomocą |

6. Zakres koniecznej opieki i pomocy innych osób oraz systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji

Korzystanie z usług medycznych (jakich?).....

Korzystanie z systemu wsparcia (wpisać jakiego).....

7. Zdolność do funkcjonowania w środowisku szkolnym (jeżeli dotyczy)

- Dziecko uczęszcza do żłobka, przedszkola ogólnodostępnego/specjalnego/integracyjnego, szkoły ogólnodostępnej/specjalnej/integracyjnej, korzysta z nauczania indywidualnego
- Dziecko korzysta ze świetlicy, stołówki, zajęć pozalekcyjnych

8. W jakim celu chce Pani/Pan uczestniczyć w turnusie rehabilitacyjnym (proszę odpowiednio podkreślić)

wyrabianie zaradności osobistej, pobudzanie aktywności społecznej, wyrabianie umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych, wypoczynek, nawiązywanie i rozwijanie kontaktów społecznych, realizacja i rozwijanie zainteresowań, nauka funkcjonowania z niepełnosprawnością, inne.....

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych danych.

Żory, dnia/...../2019 r.

.....
(podpis Wnioskodawcy
/przedstawiciela ustawowego)

.....
 (pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
 lub gabinetu lekarskiego)

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji **::

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

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne**

- ☐ oprotezowanie / zaaparatowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)
☐ oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)
☐ wózek inwalidzki ☐ kule łokciowe ☐ inne (jakie?).....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:

- ☐ NIE
☐ TAK – uzasadnienie (brak szczegółowego uzasadnienia powoduje nie przyznanie dofinansowania)
-
-
-
-

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania)

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....
 (data)

.....
 (pieczęć i podpis lekarza)

**właściwe zaznaczyć

Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów

Dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Żorach

Ja niżej podpisany (a)

zamieszkały(a) w Żorach,

oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Przeciętny miesięczny dochód netto
Dane dotyczące Wnioskodawcy			
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa:			
		RAZEM	

Oświadczam, że:

1. Przeciętny miesięczny dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, pomniejszony o kwoty alimentów świadczonych na rzecz innych osób oraz koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne nie zaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenia zdrowotne, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku (kwartał to miesiące I–III, IV–VI, VII–IX, X–XII) o dofinansowanie, przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wyniósł zł gr.
2. Świadomy odpowiedzialności karnej (art. 233 § 1 kk) za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu podane zostały zgodnie z prawdą. Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Żory, dnia/...../2019 r.

.....
(podpis Wnioskodawcy
/przedstawiciela ustawowego)

Procedura dotycząca przyznawania dofinansowania do pobytu na turnusie rehabilitacyjnym.

1. Po pobraniu wniosku o dofinansowanie do pobytu na turnusie rehabilitacyjnym Wnioskodawca dostarcza do MOPS w Żorach wypełniony:
 - wniosek,
 - informację dotyczącą sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej (**załącznik nr 1**),
 - oświadczenie o dochodzie (**załącznik nr 3**),
 - wniosek lekarza o skierowanie na turnus (**załącznik nr 2**) wypełniony przez lekarza rodzinnego lub specjalistę (*konieczna pieczętka przychodni oraz pieczętka i podpis lekarza*), wniosek traci ważność po trzech miesiącach od daty wystawienia przez lekarza,
 - niezbędne kserokopie dokumentów –orzeczenia o niepełnosprawności wydanego przez ZUS/Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności / KRUS lub MSWiA (Orzeczenie KRUS i MSWiA tylko jeśli zostało wydane do 31.12.1997r), oryginał do wglądu
 - zaświadczenie (ze szkoły, uczelni) potwierdzające naukę w przypadku osoby uczącej się i niepracującej w wieku 16-24 lat,
 - pełnomocnictwo notarialne/sądowe do działania w imieniu Wnioskodawcy.
2. Złożony, kompletny wniosek zostanie rozpatrzony po otrzymaniu środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i uchwaleniu planu podziału środków finansowych na 2019 r. przez Radę Miasta Żory.
3. Wnioskodawca zobowiązany jest dokonać rezerwacji miejsca na turnusie rehabilitacyjnym dopiero po rozpatrzeniu wniosku przez MOPS i otrzymaniu pisemnego potwierdzenia przyznanego dofinansowania. Czyni to za pośrednictwem organizatora, który posiada aktualne uprawnienie do organizowania turnusu rehabilitacyjnego. Dokonując wyboru turnusu należy poinformować organizatora o rodzaju posiadanych (i zaznaczonych przez lekarza we „wniosku lekarza”) schorzeniach, tak aby były one **zgodne z wpisem organizatora i ośrodka do rejestru wojewody** właściwego dla siedziby każdego z nich. Konsekwencje zarezerwowania miejsca na turnusie przed uzyskaniem informacji o dofinansowaniu ponosi wyłącznie Wnioskodawca. MOPS nie zwraca kosztów turnusu rehabilitacyjnego, który odbył się przed przyznaniem dofinansowania.
4. **W terminie 30 dni od otrzymania powiadomienia o przyznaniu dofinansowania, należy przekazać do MOPS w Żorach „Informację o wyborze turnusu rehabilitacyjnego”, w którym osoba niepełnosprawna będzie uczestniczyła (załącznik nr 5).**
5. Niedotrzymanie powyższych terminów będzie traktowane, jako rezygnacja z otrzymanego dofinansowania.
6. Jeżeli Wnioskodawca nie wykorzysta przyznanego dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego zobowiązany jest niezwłocznie powiadomić pisemnie MOPS o rezygnacji z przyznanego dofinansowania.
7. Po przejeździe na turnus rehabilitacyjny Wnioskodawca jest zobowiązany przedstawić podczas pierwszego badania lekarskiego na turnusie, „Informację o stanie zdrowia”, w szczególności o chorobie zasadniczej, uczelniach i przyjmowanych lekach informacja o stanie zdrowia (wypełniony **załącznik nr 6** , ważny 3 miesiące).
8. Wnioski o dofinansowanie do pobytu na turnusie rehabilitacyjnym przyjmowane będą w MOPS w Żorach, Zespół ds. Osób Niepełnosprawnych, ul. Boryńska 13, pok. 9, tel. 32 4357840 wew. 30, począwszy od 2 stycznia 2019 r.
Wnioski złożone w 2019 r, tracą ważność z dniem 31.12.2019 r. i nie będą obowiązywać w 2020 r.

Żory, dnia/...../2019 r.

.....
(podpis Wnioskodawcy
/przedstawiciela ustawowego)

Klauzula informacyjna przy pobieraniu danych bezpośrednio od osoby

Zgodnie z art. 13 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Żorach z siedzibą w Żorach ul. Księcia Przemysława 2;
- 2) kontakt z inspektorem ochrony danych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Żorach pod adresem e-mail: iodo@mops.zory.pl , nr telefonu: 32 43 42 412 wew. 19;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach realizacji ustawowych zadań Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Żorach- na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c, e RODO oraz na podstawie Art. 9 ust. 2 lit. g) RODO;
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa i podmioty upoważnione na podstawie umów;
- 5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej;
- 6) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z Jednolitym Rzeczymym Wykazem Akt;
- 7) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 8) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, zajmującego się ochroną danych osobowych;
- 9) podanie Pani/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do udzielenia pomocy / przyznania świadczeń;
- 10) Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu;
- 11) Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane ręcznie oraz automatycznie.

Oświadczam, że zostałem zapoznany z powyższymi danymi

Żory, dnia

.....
czytelny podpis