**MOPS.DRS.4430.T…………………………...** Załącznik nr 1

# Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji

# Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

*( wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)*

Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………...

PESEL albo numer dokumentu tożsamości …………………………………………………….

Adres zamieszkania\* ……………………………………………………………………………

Telefon…………………………………………………………………………………………..

Data urodzenia…………………………………………………………………………………..

Planowany termin uczestnictwa w turnusie……………………………………………………..

## **POSIADANE ORZECZENIE\*\***

a) o stopniu niepełnosprawności **□** znacznym **□** umiarkowanym **□** lekkim

b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów **□** I **□** II **□** III

c) **□** o całkowitej **□** o częściowej niezdolności do pracy **□** o niezdolności do pracy   
w gospodarstwie rolnym **□** o niezdolności do samodzielnej egzystencji

d) **□** o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

KORZYSTAŁEM(AM) Z DOFINANSOWANIA DO UCZESTNICTWA W TURNUSIE

REHABILITACYJNYM ZE ŚRODKÓW PFRON\*\***□** Tak (podać rok)….……… **□** Nie JESTEM ZATRUDNIONY/A W ZAKŁADZIE PRACY CHRONIONEJ\*\* **□** Tak **□** Nie

Imię i nazwisko opiekuna ………………………………………………………………………

*( wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna )*

Czy opiekun pełni funkcję kadry na tym turnusie\*\* **□** Tak **□** Nie

Czy opiekun jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby\*\* **□** Tak **□** Nie

Czy opiekun ukończył 16 lat \*\* **□** Tak **□** Nie

Czy opiekun wspólnie zamieszkuje z wnioskodawcą\*\* **□** Tak **□** Nie

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych,\*\*\* podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił …………………………………… zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ……………

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć

\*\*\*) art. 3 pkt.1 lit. a-c ustawy z dnia 28.11.2003 r. o świadczeniach rodzinnych - Dz. U. 2023 poz. 390 z późn. zm. (przychód pomniejszony o koszty uzyskania przychodu, podatek od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz zwiększony o inne dochody niepodlegające opodatkowaniu)

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

**O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku, zobowiązuję się informować w ciągu 7 dni.**

**Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.\*\*\*\***

………………………….….. ……...……..……………..…………..……………..

(data) (czytelny podpis wnioskodawcy */*przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego / pełnomocnika )

Przed wypełnieniem i złożeniem wniosku w MOPS prosimy o zapoznanie się z „Informacją dot. udzielania dofinansowania ze środków PFRON do zadań wynikających z ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27.08.1997 r. z zakresu rehabilitacji społecznej realizowanych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Bielsku-Białej” - tel. kontaktowy **033 496 82 53**

**Wypełnia Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej**

……………………………………… ………………………………………

(data wpływu wniosku do MOPS) (pieczęć MOPS i podpis pracownika)

**Załączniki do wniosku :**

* **Kopia orzeczenia (oryginał do wglądu) o stopniu niepełnosprawności lub**

**o niezdolności do pracy (ZUS)**

* **Wniosek lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna,   
  o skierowanie na turnus rehabilitacyjny**
* **Kopia legitymacji szkolnej (oryginał do wyglądu) osoby niepełnosprawnej   
  w wieku 16-24 lat uczącej się i niepracującej**
* **Kopia pełnomocnictwa lub postanowienia o ustanowieniu opieki**

\*\*\*\*dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne