



...../RSTUR/2024

WNIOSEK

o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym w 2024 roku
(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwiskoPESEL.....

e-mail:..... Data urodzenia

Adres zamieszkania/ miejsce pobytu: 43-100 Tychy, ul.....

Numer telefonu Planowany termin turnusu (data)

POSIADANE ORZECZENIE (zaznaczyć tylko jedno):

a) o stopniu niepełnosprawności	znacznym	umiarkowanym	lekkim
b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III
c) o niezdolności do pracy:	częściowej	całkowitej	o niezdol. do samodzielnej egzystencji
d) <input type="checkbox"/> o niepełnosprawności osoby do 16. roku życia	<input type="checkbox"/> o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym		

Orzeczenie ważne: bezterminowo/ okresowo do

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

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

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

Jestem osobą* (wypełniają osoby w wieku 18-24 lata): uczącą się pracującą uczącą się nie pracującą

Imię i nazwisko opiekuna (jeśli został zalecony przez lekarza).....

adres.....nr PESELstopień pokrewieństwa

Oświadczam, iż osoba pełniąca rolę opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby oraz nie będzie pełniła funkcji członka kadry na turnusie

Oświadczenia:

- Powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych danych. Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnej „Informacji o stanie zdrowia”.
- O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni.
- Nie posiadam zaległości wobec PFRON.
- W ciągu 3 lat przed złożeniem wniosku nie byłem/-łam stroną umowy o dofinansowanie ze środków PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- Przyjmuję do wiadomości, że wniosek złożony przed dniem podjęcia uchwały Rady Miasta w sprawie wykorzystania środków PFRON (zwyczajowo odbywa się to w miesiącu luty lub marzec danego roku) zostanie rozpatrzony do 30 dni po podjęciu wyżej wymienionej uchwały.

.....
(data)

.....
czytelny podpis wnioskodawcy
(rodzica/opiekuna prawnego)

Załączniki:

1. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub grupie inwalidzkiej.

.....
data i podpis pracownika

* Właściwe zaznaczyć.

INFORMACJA W SPRAWIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

1. Administratorem danych osobowych ujawnionych w formularzu jest: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej ul. Budowlanych 59, 43-100 Tychy. Dane nie będą przekazywane innym podmiotom, z wyjątkiem podmiotów uprawnionych do ich przetwarzania na

podstawie przepisów prawa.

2. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści podanych przez Panią/Pana danych osobowych oraz prawo ich sprostowania.

3. Podanie danych jest obowiązkowe. Obowiązek ich podania jest wymogiem ustawowym. Jeżeli nie poda Pani/Pan wymaganych danych nie będziemy mogli zrealizować zadania ustawowego. Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych znajduje się na stronie internetowej Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej pod adresem: **www.mops.tychy.pl** oraz w siedzibie Ośrodka.

Zapoznałem się z klauzulą informacyjną.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej), opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko:

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:

.....

Data urodzenia:

ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:

.....

postanowieniem Sądu Rejonowego:

.....

z dn. sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

.....

z dn. repet. Nr

.....

data

.....

podpis przedstawiciela ustawowego*

opiekuna prawnego*

pełnomocnika*

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania (miejsce pobytu)

.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie*

- Nie
- Tak – uzasadnienie

.....

Uzasadnienie wyjazdu na turnus rehabilitacyjny, uwagi (turnus rehabilitacyjny nie obejmuje rehabilitacji leczniczej!)

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Uwaga! Wniosek lekarski o skierowanie na turnus rehabilitacyjny ważny 1 miesiąc od daty wystawienia.

* Właściwe zaznaczyć.