*pieczęć jednostki rozpatrującej wniosek*

 .............................................................

*data wpływu wniosku (dzień, m-ąc, rok)*

*.................................. /sępoleński / .....................................*

*nr kol. wniosku powiat rok złoż. wniosku*

## Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w sępólnie Krajeńskim

## z siedzibą w więcborku

** ul. Starodworcowa 8,  Tel. 52 389 85 01 www.bip.pcprwiecbork.pl**

 **89-410 Więcbork 52 389 75 75 e-mail: poczta@pcprwiecbork.pl**

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 (osoby niepełnosprawnej)..............................................................................................

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

Adres zamieszkania ..............................................................................................................................

(przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu)

Data urodzenia ........................................................................................................................................

Telefon ...................................

Kombatant\* ⁯ Tak ⁯Nie

Wdowa po kombatancie\* ⁯Tak ⁯Nie

Ubezwłasnowolniony/a\* 🞏 częściowo 🞏całkowicie 🞏 Nie

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ................................................................

**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 z 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)*

**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 ..............

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia (dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne).

**Oświadczam, że:**

* uprzedzony/a o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1-3 i art. 233 § 1-3 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeksu karnego (Dz. U. z 1997r., Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) - dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni,
* zapoznałem/am się z zasadami dotyczącymi dofinansowania i zawartym we wniosku pouczeniem,
* wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Sępólnie Kraj. z siedzibą w Więcborku, ul. Starodworcowa 8, 89-410 Więcbork (administrator danych) dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji niniejszego wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014r., poz. 1182),
* zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

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

 data Podpis Wnioskodawcy /Przedstawiciela ustawowego /

 Opiekuna prawnego/ Pełnomocnika\*

##### Dane przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekuna prawnego lub Pełnomocnika\*\*

............................................................................... , PESEL ..........................................................................

 imię (imiona) i nazwisko

adres zamieszkania ................................................................................................................................................

nr telefonu ........................................................................

ustanowiony Opiekunem, postanowieniem Sądu Rejonowego ......................... z dn. ................. sygn. akt ........,

Pełnomocnikiem, na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .................................................

z dn. ...................................................... repet. nr ..................................................................................................

\* właściwe zaznaczyć

 \*\* właściwe wpisać

**Do wniosku należy załączyć:**

1.Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011r., Nr 127, poz. 721 z późn. zm.), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998r.- (oryginał do wglądu lub potwierdzona kopia za zgodność z oryginałem).

2. Zaświadczenie o pobieraniu nauki w przypadku osób w wieku od 16-24 roku życia uczących się i niepracujących.

3. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny/zgodnie z obowiązującym drukiem -zał. nr 2/.

4.Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym/zgodnie z obowiązującym drukiem-zał. nr 1/.

5.Pełnomocnictwo notarialne lub postanowienie sądu do reprezentowania Wnioskodawcy (w przypadku ustanowienia pełnomocnika lub opiekuna prawnego dla Wnioskodawcy).

**Pouczenie:**

1. Wniosek o udzieleniu dofinansowania należy składać w siedzibie Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Więcborku, ul. Starodworcowa 8, 89-410 Więcbork na właściwym druku wraz z kompletem wymaganych załączników.
2. Osoba niepełnosprawna może złożyć wniosek w każdym czasie.
3. Wniosek w imieniu Wnioskodawcy może złożyć przedstawiciel ustawowy, prawny opiekun ustanowiony postanowieniem Sądu lub pełnomocnik ustanowiony notarialnie.
4. Osoba niepełnosprawna może ubiegać się o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie pod warunkiem, że:
5. posiada ważne orzeczenie, o którym mowa w art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych lub orzeczenia traktowanego na równi z tym orzeczeniem,
6. została skierowana na turnus rehabilitacyjny na wniosek lekarza, pod którego opieką się znajduje,
7. w roku, w którym ubiega się o dofinansowanie, nie uzyskała na ten cel dofinansowania ze środków Funduszu,
8. weźmie udział w turnusie, który odbędzie się w ośrodku wpisanym do rejestru ośrodków, prowadzonego przez wojewodę, albo poza takim ośrodkiem, w przypadku gdy turnus jest organizowany w formie niestacjonarnej,
9. wybierze organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusów,
10. będzie uczestniczyła w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybrała,
11. nie będzie pełniła funkcji członka kadry na turnusie ani nie będzie opiekunem innego uczestnika tego turnusu,
12. złoży oświadczenie o wysokości dochodu obliczonego zgodnie z art. 10e ust. 1 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych wraz z informacją o liczbie osób we wspólnym gospodarstwie domowym,
13. w przypadku turnusu, którego program przewiduje także zabiegi fizjoterapeutyczne, przedstawi podczas pierwszego badania lekarskiego na turnusie zaświadczenie o aktualnym stanie zdrowia, a w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach.
14. Dofinansowanie do pobytu na turnusie rehabilitacyjnym opiekuna może być przyznane osobie niepełnosprawnej o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo równoważnym oraz osobie niepełnosprawnej w wieku do 16 lat pod warunkiem, że:
	1. wniosek lekarza, zawiera wyraźne wskazanie wraz z uzasadnieniem konieczności pobytu opiekuna,
	2. opiekun:

 - nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,

 - nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,

 - ukończył 18 lat,

 - ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

1. Wnioski rozpatrywane są w miarę posiadanych środków finansowych, po zatwierdzeniu przez Radę Powiatu w drodze uchwały zadań, na które przeznacza się w danym roku środki finansowe.
2. W wyjątkowych i szczególnych przypadkach istnieje możliwość rozpatrzenia wniosku w trybie wcześniejszym pod warunkiem otrzymania z PFRON zaliczki, umożliwiającej bieżące finansowanie zadania.
3. Wnioskodawcy, któremu nie zostało przyznane dofinansowanie z powodu niewystarczającej wysokości środków Funduszu przeznaczonych na dofinansowanie do uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych w roku rozpatrywania wniosku, mogą wystąpić o dofinansowanie ponownie, składając nowy wniosek wraz z wymaganymi załącznikami.
4. W przypadku, gdy PCPR poweźmie wątpliwości odnośnie do podanych we wniosku o dofinansowanie danych, w szczególności co do wysokości dochodów i liczby osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, mających wpływ na przyznanie dofinansowania, wzywa Wnioskodawcę do złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni, licząc od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.
5. **Od odmowy o przyznaniu dofinansowania Wnioskodawcy nie przysługuje odwołanie w rozumieniu przepisów kpa.**