

o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

Imię i Nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres

Data urodzenia..... tel.

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.....

POSIADANE ORZECZENIE

- | | | | | |
|----|---|-------------------|------------------------|-------------------|
| a) | o stopniu niepełnosprawności | Znacznym I | Umiarkowanym II | Lekkim III |
| b) | o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów | | | |
| c) | o całkowitej / częściowej niezdolności do pracy / niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym / i niezdolności do samodzielnej egzystencji | | | |
| b) | o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia | | | |

KORZYSTAŁAM/EM Z DOFINANSOWANIA DO UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM ZE ŚRODKÓW PFRON:
TAK (podać rok).....NIE

JESTEM ZATRUDNIONY/A W ZAKŁADZIE PRACY CHRONIONEJ¹: **TAK NIE**

Imię i nazwisko opiekuna².....

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 onLiczba osób w gospodarstwie domowym wynosi.....

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnej „Informacji o stanie zdrowia” sporządzonej przez lekarza, pod którego opieką się znajduję.

Zobowiązuję się do złożenia wraz z wnioskiem kserokopii aktualnego orzeczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926, i Nr 153, poz. 1271).

.....
data

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Wypełnia PCPR CHOJNICE

data wpływu wniosku

pieczęć i podpis osoby przyjmującej wniosek

¹ Właściwe zaznaczyć

² Wypełnić, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i Nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres (miejsce pobytu¹).....

Rodzaje schorzenia lub dysfunkcji²:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> epilepsja |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia | | |

inne (jakie?).....

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne²:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> protezowanie / zaopatrzenie kończyn górnych (jednostronne, obustronne) | |
| <input type="checkbox"/> protezowanie / zaopatrzenie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne) | |
| <input type="checkbox"/> wózek inwalidzki | <input type="checkbox"/> kule łokciowe |
| <input type="checkbox"/> inne (jakie?)..... | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie²:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> Tak – uzasadnienie |

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

zalecenia (wskazania i przeciwwskazania):

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

Uzasadnienie wniosku:

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

.....

data

.....

pieczęć i podpis lekarza

¹ Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

² Właściwie zaznaczyć

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres (miejsce pobytu).....

Rozpoznanie choroby zasadniczej.....
.....
.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje.....
.....
.....

Uczulenia.....
.....
.....

Przyjmowane leki (nazwa dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne.....
.....
.....

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych.....
.....
.....

Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16 r. życia.....
.....
.....

szczepienia ochronne (daty) dotyczy osób do 16 r. życia.....
.....
.....

data

pieczęć i podpis lekarza

CZEŚĆ I – INFORMACJA O TURNUSIE

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzic lub opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu.....

PESEL albo numer dowodu tożsamości.....

Adres (miejsce pobytu).....

Rodzaj turnusu.....termin turnusu: oddo.....

DANE ORGANIZATORA TURNUSU: Nazwa i adres (z kodem pocztowym).....Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus: Nazwa i adres (z kodem pocztowym).....

Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....
(data).....
(czytelny podpis wnioskodawcy)**CZEŚĆ II – OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU**

(wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora i adres (z kodem pocztowym).....

Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusów¹.....

Potwierdzam możliwość uczestniczenia Pani/Pana.....

Wraz z opiekunem² w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?).....

.....w terminie oddo.....

w ośrodku (nazwa i adres).....

Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków.....

Całkowity koszt turnusu dla:

Osoby niepełnosprawnej.....zł., słownie:.....

Opiekuna osoby niepełnosprawnej.....zł., słownie:

Zobowiązuję się, nie później niż 21 dni po zakończeniu turnusu, przesać do właściwego PCPR „Informację o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego”. Informacja ta będzie sporządzona odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania ze środków PFRON.

W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w turnusie osoby niepełnosprawnej lub w przypadku stwierdzenia w wyniku kontroli rażących uchybień w zakresie realizacji turnusu zobowiązuję się do zwrotu 100% środków, które przekazało PCPR na dofinansowanie do uczestnictwa tej osoby i jej opiekuna, w terminie do 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu – na konto PCPR.

Środki przyznane osobie niepełnosprawnej i jej opiekunowi proszę przekazać na rachunek bankowy:

Nazwa banku.....

Nr konta.....

.....
(data).....
(czytelny podpis organizatora)¹ obowiązuje od dnia 1 stycznia 2004r.² niepotrzebne skreślić

Chojnice, dnia.....

.....
imię i nazwisko wnioskodawcy

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

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że moim opiekunem na turnusie rehabilitacyjnym

będzie
imię i nazwisko opiekuna

Mój opiekun:

1. Nie będzie pełnił funkcji członka kadry na turnusie.
2. Nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby.
3. Jest osobą pełnoletnią albo ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny.

.....
podpis wnioskodawcy

Zasady dofinansowania ze środków PFRON do uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych w roku 2017

Termin składania wniosków na rok 2017 : 16.01.2017 r.-30.09.2017 r.

Druki wniosków dostępne również na stronie www.pcpr.infochojnice.pl (zakładka pobierz: wnioski – rehabilitacja społeczna)

WARUNKI UCZESTNICTWA W TURNUSACH REHABILITACYJNYCH.

1. Dofinansowanie uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych może obejmować osoby niepełnosprawne:
 - w wieku powyżej 16 roku życia, posiadające aktualne orzeczenie o **znacznym stopniu niepełnosprawności lub równoważne;**
 - w wieku do ukończenia 16 roku życia, które posiadają aktualne orzeczenie o niepełnosprawności

Dofinansowanie do uczestnictwa osób niepełnosprawnych w turnusach rehabilitacyjnych ze środków PFRON może być przyznane tej samej dorosłej osobie niepełnosprawnej nie częściej niż raz na 2 lata. W przypadku dzieci do 16 roku życia, raz w danym roku kalendarzowym.

Osoba niepełnosprawna może ubiegać się o dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego pod warunkiem, że:

- a) zostanie skierowana na turnus wnioskiem lekarza, pod opieką którego się znajduje;
- b) w roku, w którym ubiega się o dofinansowanie, nie uzyskała na ten cel dofinansowania ze środków PFRON
- c) weźmie udział w turnusie, który odbędzie się w ośrodku wpisanym do ogólnokrajowego rejestru ośrodków uprawnionych do organizowania turnusów rehabilitacyjnych;
- d) nie będzie pełniła funkcji członka kadry na tym turnusie ani nie będzie opiekunem innego uczestnika tego turnusu;
- e) złoży oświadczenie o wysokości osiągniętych dochodów;
- f) zobowiąże się do przedstawienia na turnusie, podczas pierwszego badania lekarskiego, informacji o stanie zdrowia, sporządzonej nie wcześniej niż na 3 miesiące przed data rozpoczęcia turnusu, wystawionej przez lekarza, pod którego opieką obecnie się znajduje

Warunkiem otrzymania dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym opiekuna osoby niepełnosprawnej jest:

- a) zalecenie lekarza wskazującego na konieczność obecności opiekuna na turnusie;
- b) nie pełnienie przez opiekuna funkcji członka kadry na tym turnusie;
- c) opiekunem nie może być osoba niepełnosprawna wymagająca opieki osób drugich;
- d) ukończenie przez opiekuna 18 lat, albo ukończenie 16 lat i bycie wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej

Wysokość dofinansowania ze środków PFRON do turnusu rehabilitacyjnego

1. Osoba niepełnosprawna może ubiegać się o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie, jeżeli przeciętny miesięczny dochód, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza:

- a) 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym – **2.109 zł***
- b) 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej – **2.742 zł***

2. W przypadku przekroczenia kryterium dochodowego dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym nie przysługuje.

3. Wnioskodawca może otrzymać ze środków PFRON dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym w wysokości uzależnionej od stopnia niepełnosprawności.

WYSOKOŚĆ TEGO DOFINANSOWANIA WYNOSI:

- a) dla osoby ze **znacznym** stopniem niepełnosprawności - do 30% przeciętnego wynagrodzenia - **1.266 zł***
- b) dla niepełnosprawnego **dziecka** - do 30% przeciętnego wynagrodzenia – **1.266 zł***
- c) dla **opiekuna** osoby niepełnosprawnej- do 20% przeciętnego wynagrodzenia – **844 zł***

Tryb składnia i rozpatrywania wniosków o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON.

1. Osoba niepełnosprawna ubiegająca się o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym powinna złożyć we właściwym dla miejsca zamieszkania PCPR osobiście lub za pośrednictwem opiekuna wymagany komplet dokumentów:

- a) wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym;
- b) kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub kopię wypisu z treści orzeczenia (potwierdzoną za zgodność z oryginałem);
- c) wniosek lekarski o skierowanie na turnus rehabilitacyjny, sporządzony nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą złożenia wniosku;
- d) oświadczenie dotyczące opiekuna osoby niepełnosprawnej na turnusie rehabilitacyjnym;

2. Osoby niepełnosprawne, które uzyskały decyzję o dofinansowaniu do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym z PFRON, zobligowane są do wyboru turnusu rehabilitacyjnego organizowanego w ośrodku, który uzyskał wpis do rejestru ośrodków uprawnionych do organizowania turnusów rehabilitacyjnych lub przyjmowania grup turnusowych, **rezerwacji dokonuje się indywidualnie.**

3. Osoba niepełnosprawna, która otrzymała dofinansowanie, wybiera konkretny turnus i powiadamia o tym PCPR w ciągu 30 dni od otrzymania decyzji (nie później niż 21 dni przed rozpoczęciem turnusu).

4. PCPR na podstawie decyzji o przyznaniu dofinansowania przekazuje środki na konto organizatora turnusu.

5. W sytuacji wyjazdu Wnioskodawcy na turnus przed otrzymaniem informacji o przyznaniu dofinansowania nie ma możliwości dokonania zwrotu poniesionych kosztów.

6. Przyznane dofinansowanie zostaje przekazane przez PCPR organizatorowi turnusu tylko przy spełnieniu warunków określonych w rozporządzeniu w sprawie turnusów:

- a) dane zawarte w informacji o turnusie powinny być zgodne z danymi zawartymi w rejestrze ośrodków i rejestrze organizatorów;
- b) wybór turnusu dokonany przez osobę niepełnosprawną musi być zgodny z zaleceniami i przeciwwskazaniami lekarza, zawartymi we wniosku o skierowanie na turnus;
- c) ośrodek, w którym odbędzie się turnus musi być dostosowany do rodzaju dysfunkcji osoby niepełnosprawnej

7. Wnioski złożone w 2017 r. tracą ważność z dniem 31.12.2017 r. i nie będą obowiązywać w 2018 r.

Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z powyższymi zasadami, co potwierdzam własnoręcznym czytelnym podpisem.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy, data)

* stawki obowiązujące do 31.05.2017 r.