

Nr sprawy: DR/610.../...../.....

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON  
UCZESTNICTWA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I ICH OPIEKUNÓW  
W TURNUSACH REHABILITACYJNYCH**

(dotyczy osób niepełnosprawnych zamieszkałych na terenie Gminy Miejskiej Kraków)

Procedura dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dostępna jest na stronie internetowej [www.mops.krakow.pl](http://www.mops.krakow.pl) oraz wywieszona w gablotach w siedzibie MOPS przy ul. Józefińskiej 14 – parter.

**I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY (OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ):**

Imię i nazwisko..... nr telefonu .....

Adres zamieszkania\* .....kod .....-..... Kraków

PESEL ..... Data urodzenia.....

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

**Posiadane orzeczenie** (właściwe zaznaczyć):

a) o stopniu niepełnosprawności  znacznym  umiarkowanym  lekkim

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

c)  o całkowitej niezdolności do pracy  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

Korzystałam/em z dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON (właściwe zaznaczyć):

TAK (podać rok) .....  NIE

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

Wnioskodawca jest zatrudniony w zakładzie pracy chronionej (właściwe zaznaczyć):  TAK  NIE

Wnioskodawca jest osobą niepełnosprawną w wieku 16-24 lat uczącą się

i niepracującą (właściwe zaznaczyć):  TAK  NIE

**II. DANE DOTYCZĄCE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (DLA MAŁOLETNIEGO  
WNIOSKODAWCY), OPIEKUNA PRAWNEGO LUB PEŁNOMOCNIKA:**

.....syn/córka .....  
imię (imiona) i nazwisko ..... imię ojca

seria ..... nr ..... wydany w dniu ..... przez .....  
dowód osobisty

nr PESEL ..... miejscowość ..... ulica .....

nr domu .....nr lokalu .....nr kodu ..... poczta ..... powiat .....

województwo .....:..... nr tel. kontaktowego.....

**III. OŚWIADCZENIA**

**1) 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, wyniósł**

..... zł

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym łącznie z wnioskodawcą wynosi .....

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

- 2) Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2016 poz. 922 z późn. zm.) w celu realizacji niniejszej procedury.  
**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie, z siedzibą przy ul. Józefińskiej 14, 30-529 Kraków, jako administrator Pani/Pana danych osobowych informuje, że dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji zadania. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.**
- 3) Uprzedzona(y) o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1,2 i 3 kodeksu karnego za podanie informacji niezgodnych z prawdą oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować w ciągu 14 dni. Jestem świadoma(y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
- 4) Oświadczam, że zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach zadania - procedura MOPS 40.
- 5) Oświadczam, że nie mam zaległości wobec PFRON oraz w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku nie byłam(em) stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu, rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.
- 6) Oświadczam, iż zostałam(em) poinformowana(y), że:
- osoba niepełnosprawna (wnioskodawca) nie może pełnić funkcji członka kadry na turnusie, ani być opiekunem innego uczestnika tego turnusu.
  - na wniosek lekarza, osobie niepełnosprawnej o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo równoważnym oraz osobie niepełnosprawnej w wieku do 16 lat może być przyznane dofinansowanie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym jej opiekuna, pod warunkiem, że opiekun:
    - a) nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
    - b) nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
    - c) ukończył 18 lat lub
    - d) ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

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

.....  
 data

.....  
 czytelny podpis wnioskodawcy lub opiekuna prawnego/  
 pełnomocnika/przedstawiciela ustawowego osoby  
 niepełnosprawnej

**IV. WYPEŁNIA PRACOWNIK MOPS:**

<b>WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW / DOKUMENTÓW</b>	<b>ZAŁĄCZONO TAK / NIE</b>
1. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny wydany przez lekarza, pod opieką którego znajduje się osoba niepełnosprawna, sporządzony na druku stanowiącym załącznik do wniosku.	
2. Kopia aktualnego orzeczenia potwierdzającego niepełnosprawność (oryginał do wglądu).	
3. Kopia pełnomocnictwa lub odpis postanowienia sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (oryginał do wglądu) w przypadku, gdy osoba niepełnosprawna działa przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego.	
4. Oryginał aktualnego zaświadczenia ze szkoły/uczelni o kontynuowaniu nauki, w przypadku osoby niepełnosprawnej uczącej się i niepracującej w wieku 16-24 lat.	

Dokument wymieniony w pkt. 2, 3 wniosku nie będzie wymagany w przypadku gdy wynikający z niego fakt lub stan prawny znany jest organowi z urzędu lub jest możliwy do ustalenia w oparciu o: bazę danych Ośrodka, wymianę informacji z innym podmiotem publicznym lub dokumenty urzędowe przedstawione uprzednio przez wnioskodawcę.

.....  
 data wpływu wniosku do MOPS

.....  
 pieczęć MOPS i podpis pracownika



Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania\* .....

### Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji \*\*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu                   | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe     |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku                  | <input type="checkbox"/> padaczka                  |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna                         | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....       |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia                 |  |

### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym\*

- NIE
- TAK -uzasadnienie.....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

### UWAGI:

.....

.....

.....

.....

.....  
Data

.....  
pieczęć i podpis lekarza

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* właściwie zaznaczyć