

**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 *

Data urodzenia

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 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)

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

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

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

.....
(data, czytelny podpis Wnioskodawcy)

*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

**Właściwe zaznaczyć

***Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

Wypełnia Miejskie Centrum Pomocy Rodzinie w Zamościu:

data wpływu wniosku do MCPR,

pieczęć MCPR i podpis pracownika

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*

*niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE
o wysokości dochodów i liczbie osób pozostających
we wspólnym gospodarstwie domowym

Ja niżej podpisany/a.....

zamieszkały/a:.....

oświadczam, że w kwartale poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostawały następujące osoby:

Lp	Stopień pokrewieństwa z osobą z niepełnosprawnością	Imię	Nazwisko	Data urodzenia	Dochód miesięczny ¹
1.	Osoba z niepełnosprawnością				
2.		Uwaga! Nie należy wpisywać imion i nazwisk osób, z którymi prowadzi się wspólne gospodarstwo domowe. Należy podać tylko datę urodzenia, stopień pokrewieństwa i przeciętny miesięczny dochód			
3.					
4.					
5.					
				Razem	

Oświadczam, że:

1. przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wyniósłzłgr.

2. powyższe dane są zgodne z prawdą

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni od daty ich wystąpienia.

Administratorem Państwa danych jest **Miejskie Centrum Pomocy Rodzinie w Zamościu, ul. Lwowska 57, 22-400 Zamość, tel. 84 677 56 30.**

Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu ustalenia prawa do dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Postawą przetwarzania Państwa danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO, w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych oraz Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

Pozostałe informacje dotyczące ochrony Pana/Pani danych osobowych znajdują się na stronie internetowej MCPR pod linkiem <http://mcpr.zamosc.pl/rodo> oraz w siedzibie MCPR Zamość

.....
(miejscowość)

.....
data

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)

POUCZENIE

¹Jest to średni miesięczny dochód (netto) wyliczony z kwartału poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych.

„**Samodzielne gospodarstwo domowe**” (jednoosobowe) oznacza sytuację, gdy Wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu. Przez pojęcie „**wspólne gospodarstwo domowe**” – należy rozumieć członków rodziny Wnioskodawcy, faktycznie wspólnie utrzymujących się i mających wspólny budżet domowy.

Do członków rodziny zalicza się: małżonków, rodziców dzieci, opiekuna faktycznego dziecka oraz pozostające na utrzymaniu dzieci w wieku do ukończenia 25 roku życia, a także dziecko, które ukończyło 25 rok życia legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością rodzinie przysługuje świadczenie pielęgnacyjne.

Do członków rodziny nie zalicza się dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego, dziecka pozostającego w związku małżeńskim, a także pełnoletniego dziecka posiadającego własne dziecko.

Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, nie uwzględnia się świadczeń rodzinnych wypłacanych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.