



Data wpływu wniosku

Numer sprawy

**MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
W ŁODZI**

Zespół ds. Rehabilitacji Społecznej
Osób Niepełnosprawnych
90-012 Łódź, ul. Kilińskiego 102/102A
NIP 725-10-23-290
tel. 42 637 72 45; fax 42 632 41 30

WNIOSEK

o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

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

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania*.....Kod

Data urodzenia..... Numer telefonu.....

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 niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji o całkowitej niezdolności do pracy
 o częściowej niezdolności do pracy o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym
d) o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

Korzystałem/am z dofinansowania uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON**

TAK (podać rok)..... NIE

Jestem zatrudniony/na w zakładzie pracy chronionej ** TAK NIE

Jestem uczniem/studentem ** TAK NIE

Imię i nazwisko opiekuna

(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna na turnusie)

Adres opiekuna

DOFINANSOWANIE:

Dla uczestnika przyznano /nie przyznano, w kwocie

Dla opiekuna przyznano /nie przyznano, w kwocie

(pieczęć i podpis Dyrektora MOPS)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwie zaznaczyć

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód ¹, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosił:

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą	Dochód miesięczny ¹
1.Wnioskodawca		
2.		
3.		
4.		
5.		
RAZEM		
Średni miesięczny dochód przypadający na 1 osobę w gospodarstwie domowym		

Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłem/am w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że informacje zawarte we wniosku są zgodne z prawdą i zostałem/am pouczone/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 k.k. ²

Oświadczam iż zostałem/am poinformowany/a, iż decyzję w sprawie przyznania środków bądź odmowy dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym będą podejmowane po otrzymaniu przez MOPS w Łodzi środków na realizację zadania.

Informacja:

Od 25 maja 2018 roku obowiązuje Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/680 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie ich swobodnego przepływu (RODO).

Informacja dla osób oraz rodzin, których dane osobowe przetwarzane są w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Łodzi, są załącznikiem do niniejszego wniosku.

¹ **Przeciętny miesięczny dochód w przeliczeniu na jednego członka wspólnego gospodarstwa domowego** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, to **miesięczny dochód rodziny** pomniejszony o obciążenia zaliczką na podatek dochodowy od osób fizycznych, składkę z tytułu ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, określoną w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych oraz kwotę alimentów świadczonych przez osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym na rzecz innych osób, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku.

W przypadku wątpliwości co należy uznać za dochód, informacji udziela pracownik MOPS w Łodzi.

² Art. 233 § Kodeksu Karnego

§ 1. Kto składając zeznanie mające służyć jako za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmując zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie.

Zobowiązuję się do:

- przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnej „informacji o stanie zdrowia” , w przypadku gdy program turnusu przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne,
- wyjazdu na turnus rehabilitacyjny z aktualnym orzeczeniem o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności.

W przypadku braku możliwości skorzystania z przyznanego dofinansowania w uczestnictwie w turnusie rehabilitacyjnym zobowiązuję się do złożenia niezwłocznie do złożenia rezygnacji z podaniem przyczyny.

Informuję, iż nie otrzymałem i nie ubiegam się w bieżącym roku o dofinansowanie ze środków PFRON do turnusu rehabilitacyjnego w innej placówce.

Przyjmuję do wiadomości, że mój wniosek nie zostanie rozpatrzony w przypadku, gdy podane przeze mnie informacje są niezgodne z prawdą.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

.....
(podpis pracownika przyjmującego wniosek)

Osoby załatwiające sprawy w imieniu wnioskodawcy, zwłaszcza składające w jego imieniu dokumenty i oświadczenia, muszą legitymować się stosownym upoważnieniem.

Wykaz załączników do wniosku:

1. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny,
2. Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu), o którym mowa w art. 1 lub 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1076),
3. Zaświadczenie o pobieraniu nauki (w przypadku osoby uczącej się) ksero aktualnej legitymacji szkolnej lub indeksu (oryginał do wglądu),
4. Kopia postanowienia Sądu Rejonowego o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej lub pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza (oryginał do wglądu),
5. Upoważnienie/pełnomocnictwo.