

## WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

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

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

Dane uczestnika turnusu rehabilitacyjnego:

1. Nazwisko i Imię .....  
PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....  
Adres zamieszkania\* .....  
Nr telefonu kontaktowego .....  
Data urodzenia .....
2. W przypadku dzieci oraz osób dorosłych nie posiadających zdolności do czynności prawnych z wnioskiem występuje opiekun ustawowy lub prawny:  
Imię i nazwisko opiekuna ustawowego (prawnego):.....  
Adres opiekuna ustawowego (prawnego): .....  
Seria i numer dokumentu tożsamości ..... nr 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 całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji  
 o całkowitej niezdolności do pracy  
 o częściowej niezdolności do pracy i niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym
- d)  o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia

#### RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI\*\*

- Dysfunkcja narządu ruchu  
 Dysfunkcja narządu wzroku  
 Dysfunkcja narządu słuchu i mowy  
 Deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)  
 Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia  
 Inny/jaki?

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)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\*Właściwe zaznaczyć.

## SYTUACJA SPOŁECZNA/ZAWODOWA/MIESZKANIOWA

1. Osoba niepełnosprawna to\*\*
  - zatrudniony/prowadzący działalność gospodarczą
  - osoba w wieku od 18 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca
  - bezrobotny poszukujący pracy/rencista poszukujący pracy
  - rencista/emeryt nie zainteresowany podjęciem pracy
  - dzieci i młodzież do 18 lat
  
2. Zaspokajanie codziennych potrzeb życiowych i społecznych\*\*
  - samodzielnie
  - z pomocą osób drugih
  
3. Wnioskodawca zamieszkuje\*\*
  - samotnie
  - z rodziną
  - z osobami niespokrewnionymi
  
4. Zdolność do poruszania się\*\*
  - wstawanie z łóżka i powrót do niego
  - chodzenie w obrębie mieszkania
  - opuszczanie mieszkania i powrót do niego
  - korzystanie ze środków komunikacji
  - przemieszczanie się poza miejscem zamieszkania
  - inne nie wymienione wyżej

### OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

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  
Rodzina posiada/ nie posiada gospodarstwo rolne o powierzchni ..... ha  
przeliczeniowego i osiągała z niego miesięczny dochód w kwocie ..... zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi:  
.....

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

**Oświadczam, że nie ubiegam się i nie będę w danym roku ubiegał się odrębnym wnioskiem o środki PFRON na dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym za pośrednictwem innego samorządu powiatowego.**

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

**Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1 i 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (t.j. Dz. U. 2018 poz. 1600 z późn. zm.) oświadczam, że 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.**

.....  
(data)

.....  
czytelny podpis Wnioskodawcy/Przedstawiciela

**Załączniki do wniosku:**

1. Kopia orzeczenia lub kopia wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62, a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776 z późn. zm.), kopia orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed 1 stycznia 1998 r.
2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.
3. Oświadczenie dotyczące konieczności pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym  
(w sytuacji gdy lekarz określi i uzasadni konieczność jego pobytu).
4. Zaświadczenie ze szkoły/uczelni potwierdzające pobieranie nauki lub kopia legitymacji szkolnej/studenckiej w przypadku młodzieży uczącej się i niepracującej w wieku 18-24 lat.
5. Postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego - w przypadku, gdy Wnioskodawca jest osobą ubezwłasnowolnioną.
6. Pełnomocnictwo notarialne - w przypadku, gdy w imieniu Wnioskodawcy z wnioskiem występuje jego pełnomocnik.

---

\*\* Właściwe zaznaczyć.

\*\*\*dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

## Pouczenie:

### **Dochód w rozumieniu ustawy o świadczeniach rodzinnych – oznacza to po odliczeniu alimentów świadczonych na rzecz innych osób:**

- a) przychody podlegające opodatkowaniu na zasadach ogólnych na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejszone o koszty uzyskania przychodu, należny podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne nie zaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne.
- b) deklarowany w oświadczeniu dochód z działalności podlegający opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiągniętych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne.
- c) inne dochody nie podlegające opodatkowaniu na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych:
- renta określona w przepisach wojennych zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin
  - renty wypłacone osobom represjonowanym i członkom ich rodzin, przyznane na zasadach określonych w przepisach o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnionym w kopalniach węgla kamiennego, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych.
  - dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny określony w przepisach o kombatantach oraz innych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego.
  - świadczenia pieniężne określone w przepisach o świadczeniu pieniężnym przysługującym osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach pracy III Rzeszy Niemiecka lub ZSRR.
  - emerytury i renty otrzymane przez osoby, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939-1945 lub eksplozji pozostałych po tej wojnie niewybuchów lub niewybuchów.
  - renty inwalidzkie z tytułu inwalidztwa wojennego kwoty zaopatrzenia otrzymywane przez ofiary wojny oraz członków ich rodzin, renty wypadkowe osób których inwalidztwo powstało w związku z przymusowym pobytem na robotach III Rzeszy Niemieckiej w latach 1939-1945 otrzymane z zagranicy. – zasiłki chorobowe określone w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych. – środki bezzwrotnej pomocy zagranicznej od rządów państw obcych, organizacji międzynarodowych oraz międzynarodowych instytucji finansowych, pochodzące ze środków bezzwrotnej pomocy przyznanych na podstawie jednostronnej deklaracji lub umów zawartych z tymi państwami organizacjami lub instytucjami przez Radę Ministrów, właściwego ministra lub agencji rządowej w tym również w przypadkach, gdy przekazanie tych środków jest dokonywane za pośrednictwem podmiotu upoważnionego do rozdzielania środków bezzwrotnej pomocy zagranicznej na rzecz podmiotów, którym służyć ma ta pomoc. – Należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób fizycznych mających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przebywających czasowo za granicą w wysokości odpowiadającej równowartości diet z tytułu podróży służbowej poza granicami kraju ustalonych dla pracowników zatrudnionych w państwowych lub samorządowych jednostkach sfery budżetowej na podstawie ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. Kodeks Pracy (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 917 z późn. zm).
  - Należności pieniężne wypłacone policjantom, żołnierzom, celnikom i pracownikom jednostek wojskowych i jednostek policyjnych użytych poza granicami państwa w celu udziału w konflikcie zbrojnym lub wzmocnienia sił państwa albo państw sojusznicznych, misji pokojowej, akcji zapobiegania aktom terroryzmu lub ich skutkom, a także należności pieniężne wypłacone żołnierzom, policjantom, celnikom i pracownikom pełniącym funkcje obserwatorów w misjach pokojowych organizacji międzynarodowych i sił wielonarodowych.
  - Należności pieniężne ze stosunku służbowego otrzymane w czasie służby kandydackiej przez funkcjonariuszy Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej i Biura Ochrony Rządu obliczone za okres, w którym osoby te uzyskały dochód.
  - Dochody członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej pomniejszone o składki na ubezpieczenie społeczne. – Alimenty na rzecz dzieci.
  - Stypendia określone w przepisach o systemie oświaty w przepisach prawa o szkolnictwie wyższym oraz w przepisach o systemie naukowym i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki, a także inne stypendia przyznawane uczniom lub studentom.
  - Kwoty diet nieopodatkowane podatkiem dochodowym od osób fizycznych otrzymane przez osoby wykonujące czynności związane z pełnieniem obowiązków społecznych i obywatelskich.
  - Należności pieniężne otrzymane z tytułu wynajmu pokoi gościnnych w budynkach mieszkalnych położonych na terenach wiejskich w gospodarstwie rolnym osobom przebywającym na wypoczynku oraz uzyskane z tytułu wyżywiania tych osób dodatki za tajne nauczanie określone w ustawie z dnia 25 stycznia 1982r. Karta Nauczyciela (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 967, z późn. zm.).
  - Dochody uzyskane z działalności gospodarczej prowadzonej na podstawie zezwolenia na terenie specjalnej strefy ekonomicznej określonej w przepisach o specjalnych strefach ekonomicznych.
  - Ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe określone w przepisach o komercjalizacji restrukturyzacji i prywatyzacji przedsiębiorstwa państwowego „Polskie Koleje Państwowe”. – Świadczenia określone w przepisach o wykonywaniu mandatu posła i senatora.

**W przypadku, gdy członek rodziny lub osoba ucząca się, utrzymuje się z gospodarstwa rolnego, przyjmuje się, że z 1 ha przeliczeniowego uzyskuje się dochód miesięczny w wysokości 1/12 dochodu ogłaszanego corocznie w drodze obwieszczenia przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie art. 18 ustawy z dnia 15 listopada 1984r. o podatku rolnym (Dz. U. z 2017 r. poz. 1892 oraz z 2018 r. poz. 1588 i 1669). Zgodnie z obwieszczeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 września 2018 r. miesięczny dochód z 1ha przeliczeniowego w 2017 r. wyniósł 283,25 zł.**

- **Przy ustalaniu dochodu w rodzinie Wnioskodawcy, nie uwzględnia się zasiłków pielęgnacyjnych.**
- Dochody uzyskane za granicą Rzeczypospolitej Polskiej pomniejszone o zapłacone za granicą podatek dochodowy oraz składki na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne i obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne.
- Renty określone w przepisach o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej oraz w przepisach o wspieranie rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków EFR na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich. – Zaliczkę alimentacyjną określoną w przepisach o postępowaniu wobec dłużników alimentacyjnych oraz zaliczce alimentacyjnej.

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych  
w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie**

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lubaczowie.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – adres mailowy: **justyna@ciechanowski.net.pl**, listownie na adres: **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Lubaczowie, ul. Piłsudskiego 8, 37-600 Lubaczów.**
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:
  - wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Lubaczowie na podstawie (art. 6 ust. 1 lit. c RODO, art. 9 ust. 2 lit. b) RODO) w zakresie:
    - ✓ pomocy społecznej,
    - ✓ wspierania rodzin i systemu pieczy zastępczej,
    - ✓ rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych,
    - ✓ przeciwdziałaniu przemocy,realizacji zadań w interesie publicznym lub w ramach sprawowania przez administratora władzy publicznej na podstawie (art. 6 ust. 1 lit. e RODO, art. 9 ust. 2 lit. b) RODO); • realizacji umów zawartych z klientami Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lubaczowie (art. 6 ust. 1 lit. b RODO) ;
  - w pozostałych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO).
4. Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa lub podmioty świadczące usługi na rzecz administratora na podstawie umowy powierzenia.
5. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
6. Posiada Pani/Pan prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe, w sytuacji gdy przesłankę przetwarzania danych osobowych stanowi przepis prawa lub zawarta między stronami umowa.
10. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
11. Pani/Pana dane nie będą przekazane odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.

.....  
(data i podpis)

.....  
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego

### Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

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"/> schorzenie układu krążenia                 | .....  |

#### Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

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

#### Uwagi:

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

\*w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce

.....  
data

.....  
pieczęćka i podpis lekarza

**Informacja o stanie zdrowia**

Imię i nazwisko.....

PESEL lub numer dokumentu tożsamości.....

Adres (miejsce pobytu\*).....

Rozpoznanie choroby zasadniczej.....

.....

.....

.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje.....

.....

Uczulenia.....

.....

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie), zaopatrzenie ortopedyczne:

.....

.....

.....

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych:

.....

.....

.....

Przebyte choroby zakaźne- dotyczy osób do 16 roku życia:

.....

.....

Szczepienia ochronne (daty)- dotyczy osób do 16 roku życia:

.....

.....

.....

.....  
Data

.....  
Pieczęć i podpis lekarza

---

\*wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

## Karta oceny wniosku (wypełnia PCPR)

**I. Osoba niepełnosprawna spełnia kryterium dochodowe dot. możliwości ubiegania się o dofinansowanie ze środków PFRON zgodnie z:**

1. art.10e, ust 1, pkt.1 ustawy

2. art.10e, ust 1, pkt.2 ustawy

3. wyłączenie wg art.10e, ust 1, pkt.3 ustawy

4. nie spełnia kryterium dochodowego

**II. Wysokość przeciętnego wynagrodzenia wg art.2 ust 4. ustawy na dzień rozpatrzenia wniosku wynosi**

**III. Wysokość dofinansowania określono zgodnie z § 6, ust.1 Rozporządzenia**

pkt.1 - tj. 30% przeciętnego wynagrodzenia

pkt.1 - tj. 27% przeciętnego wynagrodzenia

pkt.1 - tj. 25% przeciętnego wynagrodzenia

pkt.1 - tj. 20% przeciętnego wynagrodzenia

pkt.1 - tj. 20% przeciętnego wynagrodzenia

w kwocie

w kwocie

w kwocie

w kwocie

w kwocie

**IV. Obniżenie wysokości dofinansowania wg § 6, ust 3 nw. Rozporządzenia**

Nie     Tak

%

**V. Ostateczna kwota ustalonego dofinansowania:**

**1. OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA:**

Słownie:

**2. OPIEKUN (imię i nazwisko):**

Słownie:

Stwierdzam, że wniosek jest kompletny i wraz z załącznikami spełnia kryteria zgodności z aktualnymi w dniu jego rozpatrzenia aktami prawnymi i przepisami szczegółowymi w zakresie warunków, jakie powinny spełniać osoby niepełnosprawne ubiegające się o dofinansowanie ze środków PFRON do uczestnictwa w turnusie, trybu składania i rozpatrywania wniosku o dofinansowanie oraz sposobu ustalenia wysokości kwoty dofinansowania.

.....  
Data

.....  
Podpis pracownika PCPR

**Po analizie wniosku, zgodnie z obowiązującymi procedurami dofinansowania, Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie  przyznaje /  nie przyznaje dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego w 2018 roku:**

dla uczestnika, tj.

w wysokości

i jego opiekuna, tj.

w wysokości

.....  
Data

.....  
Pieczęć PCPR

.....  
Pieczęć i podpis Dyrektora PCPR