



Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej  
w Wałbrzychu

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA:

MOPS – DR –

/.....

### 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)

#### 1. Dane dotyczące wnioskodawcy:

Imię i nazwisko: .....

PESEL (albo numer dokumentu tożsamości): .....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania\*: .....

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 całkowitej [ ] o częściowej niezdolności do pracy [ ]

o niezdolności do samodzielnej egzystencji [ ]

o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym [ ]

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)*

## 2. 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, wyniósł: .....zł.

Liczba osób wspólnie zamieszkałych wynosi .....

	Stopień pokrewieństwa	dochód miesięczny
1.	<b>Wnioskodawca</b>	
2.		
3.		
4.		
5.		

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.\*\*\*

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć.

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

### Załączniki :

1. ksero orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (oryginał do wglądu),
2. Potwierdzenie dochodów Wnioskodawcy i osób wspólnie zamieszkałych – odcinek renty, decyzja emerytury, informacja o dochodach z zakładu pracy, itp.
3. W przypadku kiedy wniosek składany jest przez pełnomocnika, opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego, przyjęcie kopii postanowienia Sądu Rejonowego lub pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza (oryginały do wglądu),
4. W przypadku kiedy wnioskodawca nie może podpisać wniosku (w Dowodzie Osobistym stosowna adnotacja) przyjęcie kopii Dowodu Osobistego (oryginały do wglądu),
5. W przypadku, kiedy osoba niepełnosprawna składająca wniosek o dofinansowanie ze środków PFRON nie może podpisać się na wniosku (lecz mogąca czytać), wtedy należy dołączyć do wniosku:
  - a. kopię dowodu osobistego Wnioskodawcy (oryginał do wglądu),
  - b. odcisk atramentowy palca Wnioskodawcy stawianego w miejscu podpisu,
  - c. czytelny podpis pod odciskiem Wnioskodawcy, złożony przez osobę, która potwierdza że jest to odcisk Wnioskodawcy.

### OŚWIADCZENIE

Zapoznałem się z informacją dotyczącą zbierania i przetwarzania danych osobowych moich i członków mojej rodziny, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym. Oświadczam, że wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych moich i członków mojej rodziny, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym w zakresie pozyskiwania pomocy pieniężnej, należnej zgodnie z ustawą o pomocy społecznej i zasadami dofinansowania rehabilitacji społecznej ze środków PFRON. Upředziona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 297 § 1,2 i 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88 poz. 553) 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.**

### INFORMACJA

Na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr. 97 z 1997 r. art. 24,32,35) informuję Pana/nią, że administrator danych osobowych w Miejskim Ośrodku Pomocy społecznej zbiera i przetwarza dane osobowe Pana/i i członków jego/jej rodziny, pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym, w zakresie pozyskania informacji, że przysługuje Panu/i prawo wglądu do zbieranych danych osobowych oraz uzupełniania uaktualniania czy sprostowania, jeżeli dane te są niekompletne, nieaktualne lub nieprawdziwe. Jednocześnie informuję, że administrator danych osobowych w Miejskim Ośrodku Pomocy społecznej – Dyrektor dołoży wszelkich starań, aby dane były zbierane, przetwarzane i chronione zgodnie z prawem.

.....  
data

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

## Wypełnia MOPS

.....  
data

.....  
podpis pracownika przyjmującego wniosek

.....  
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego

Wałbrzych .....

### **Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny**

Imię i nazwisko .....

PESEL (albo numer dokumentu tożsamości).....

Adres zamieszkania\* .....

#### **Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\*\***

- dysfunkcja narządu ruchu
- dysfunkcja narządu słuchu
- osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim
- dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe
- choroba psychiczna
- padaczka
- schorzenie układu krążenia
- inne (jakie?).....

#### **Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

NIE

TAK - uzasadnienie .....

**Uwagi:** .....

.....

.....

.....

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć.

.....  
/Data/

.....  
/Podpis lekarza/