



Data wpływu wniosku

Numer sprawy

**MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
W ŁODZI**

Wydział ds. Rehabilitacji Społecznej
Osób Niepełnosprawnych
90-012 Łódź, ul. Kilińskiego 102/102A
NIP 725-00-28-902
tel. 42 685 43 54; 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)

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		

Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekuna prawnego lub pełnomocnika (*proszę wypełnić drukowanymi literami*):

Imię i nazwisko.....

PESEL:

Adres zamieszkaniaKod

ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem.....

– postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia sygn. akt

– na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez notariusza z dnia

repet. Nr

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.

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.

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 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.

Oświadczam, że wszelkie dane ujawnione we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Jednocześnie oświadczam, że, znane mi są regulacje prawne odnoszące się do przedkładania nieprawdziwych informacji oraz odpowiedzialność z nią związana.

Oświadczam, że opiekun, którego dane osobowe podane są we wniosku o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym zapoznał się z „Informacją dla osób oraz rodzin, których dane osobowe przetwarzane są w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Łodzi w ramach zadań PFRON.***

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

.....
(podpis pracownika przyjmującego wniosek)

***W przypadku osoby której dotyczy.

Wykaz załączników do wniosku:

1. Informacje dla osób oraz rodzin, których dane osobowe przetwarzane są w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Łodzi w ramach zadań PFRON.
2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny.
3. 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).
4. Zaświadczenie o pobieraniu nauki (w przypadku osoby uczącej się) ksero aktualnej legitymacji szkolnej lub indeksu (oryginał do wglądu).
5. Kopia aktu urodzenia dziecka (oryginał do wglądu).
6. Kopia postanowienia Sądu Rejonowego o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej (oryginał do wglądu).
7. Kopia pełnomocnictwa notarialnego do reprezentowania wnioskodawcy (oryginał do wglądu).