



Wypełnia MOPS

Numer wniosku:

Data wpływu:

**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 nr dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania\* .....

Data urodzenia .....Telefon:.....

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  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** rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku wynosił .....

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\*\*\*.**

.....  
(pieczęć i podpis pracownika)

.....  
(data, czytelny podpis wnioskodawcy)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwe zaznaczyć.

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



osób niepełnosprawnych, rozporządzeń wykonawczych do przedmiotowej ustawy oraz programów zatwierdzonych przez Radę Nadzorczą Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,  
- dane nie będą udostępniane innym odbiorcom, za wyjątkiem przypadków, kiedy obowiązek udostępnienia danych wynika z przepisów prawa. Mogą być jednak przekazywane innym podmiotom zapewniającym obsługę administracyjną, prawną, techniczną, informatyczną, transportową MOPS na podstawie zawartych umów powierzenia. Podmioty te nie będą uprawnione do przetwarzania danych we własnych celach,

- dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym został złożony wniosek zawierający dane – zgodnie z Jednolitym Rzecзовym Wykazem Akt zatwierdzonym przez Archiwum Państwowe,

- posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, w odniesieniu do danych przetwarzanych w celu realizacji interesu publicznego przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, ze względu na Pani/Pana szczególną sytuację

- dane nie będą przetwarzane w celu zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania,

- ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza obowiązujące przepisy prawne,

- podanie danych osobowych jest obowiązkowe. Odmowa podania danych będzie skutkować brakiem możliwości rozpatrzenia wniosku.

**Szczegółowe informacje i wyjaśnienia dostępne na stronie MOPS Katowice ([www.mops.katowice.pl](http://www.mops.katowice.pl)).**

---

## **UWAGA**

1. Wnioski o dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego osoba niepełnosprawna składa osobiście lub za pośrednictwem opiekuna albo organizatora turnusów,
2. W przypadku opieki prawnej należy przedłożyć dokument potwierdzający ustanowienie dla osoby ubezwłasnowolnionej opiekuna prawnego,
3. Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zostanie rozpatrzony po określeniu przez Radę Miasta Katowice limitu środków finansowych przypadających w danym roku kalendarzowym na realizację zadań z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej,
4. Konsekwencje poniesienia kosztów rezerwacji turnusu rehabilitacyjnego przed uzyskaniem decyzji MOPS o dofinansowaniu ponosi Wnioskodawca,
5. Opiekun w tym samym roku kalendarzowym nie może być uczestnikiem turnusu.

**Dochód należy wyliczyć w oparciu o przepisy o świadczeniach rodzinnych Ustawa z 28 listopada 2003 o świadczeniach rodzinnych - art. 3 pkt. 1(dochód pomniejszony o należny podatek dochodowy, składki na ubezpieczenie społeczne oraz zdrowotne). Nie wliczamy: świadczeń rodzinnych i opiekuńczych wypłaconych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych (za wyjątkiem świadczenia rodzicielskiego), zasiłków i dodatków pielęgnacyjnych, świadczenia wychowawczego(500 plus), dodatków mieszkaniowych, ryczałtu na zakup opału, zryczałtowanego dodatku energetycznego oraz świadczeń z pomocy społecznej.**

*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"/> schorzenia układu krążenia                 | .....  |

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

- Nie
- Tak – uzasadnienie:

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)

---

\*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* Odpowiednio zaznaczyć