

OCENA WNIOSKU
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

pola zacienione wypełnia PCPR

I. Wniosek składany jest

(wstaw X we właściwej

rubryce)

1. po raz pierwszy	
2. po raz kolejny – wpisać rok złożenia pierwszego lub kolejnych wniosków	
Punktacja	

II.A. Stopień niepełnosprawności lub jego odpowiednik

(wstaw X we właściwej rubryce)

1. znaczny	
• Inwalidzi I grupy	
• Osoby całkowicie niezdolne do pracy i niezdolne do samodzielnej egzystencji	
• Osoby stale lub długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym, którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
• Osoby w wieku do 16 lat (przypadku pobierania nauki w szkole do 24 lat), posiadające orzeczenie lub którym przysługuje zasiłek pielęgnacyjny	
2. umiarkowany	
• Inwalidzi II grupy	
• Osoby całkowicie niezdolne do pracy	
3. lekki	
• Inwalidzi III grupy	
• Osoby częściowo niezdolne do pracy	
• Osoby stale albo długotrwale niezdolne do pracy w gospodarstwie rolnym	
Punktacja (wypełnia PCPR)	

II.B. Rodzaj niepełnosprawności

(wstaw X we właściwej rubryce)

1. dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim*/ wrodzony brak lub amputacja dłoni lub rąk*	
2. inna dysfunkcja narządu ruchu	
3. dysfunkcja narządu wzroku	
4. dysfunkcja narządu słuchu	
5. dysfunkcja narządu mowy	
6. deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
7. niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
Punktacja (wypełnia PCPR)	

III . Sytuacja zawodowa

(wstaw X we właściwej rubryce)

1. zatrudniony* / prowadzący działalność gospodarczą*	
2. młodzież od 16 do 24 lat, ucząca się w systemie szkolnym lub studiująca*	
3. bezrobotny poszukujący pracy*/ rencista poszukujący pracy*	
4. rencista*/emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	
5. dzieci i młodzież do 16 lat	
Punktacja (wypełnia PCPR)	

IV.A. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

(wstaw X we właściwej rubryce)

	TAK korzystano			NIE korzystano
	rok	Nr umowy	kwota	
1. na likwidację barier architektonicznych				
2. na likwidację barier technicznych				
3. na likwidację barier w komunikowaniu				
4. na uczestnictwo w turnusie rehabilitacyjnym				
5. na zakup przedmiotów ortopedycznych				
6. na zakup środków pomocniczych				
7. na zakup sprzętu rehabilitacyjnego				
8. na organizację sportu, kultury, rekreacji i turystyki				
Punktacja (wypełnia PCPR)				

IV.B. Korzystanie ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i stan rozliczenia

(wstaw X we właściwej rubryce)

1. korzystałam/em i rozliczyłam/em się	
2. korzystałam/em i jestem w trakcie rozliczenia	
3. korzystałam/em i nie rozliczyłam/em się	
Punktacja (wypełnia PCPR)	

V. Korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej

(wstaw X we właściwej rubryce)

	TAK	NIE
1. wnioskodawca		
2. osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym		
3. forma pomocy		
.....		
.....		
Punktacja (wypełnia PCPR)		

VI. Osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym z wnioskodawcą (w tym osoby niepełnosprawne)

(wstaw X we właściwej rubryce)

Nazwisko i imię	wiek	pokrewieństwo	niepełnosprawność		Dochód za kwartał**
			stopień (2)	rodzaj(3)	
1. wnioskodawca					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
Punktacja za stopień i rodzaj niepełnosprawności osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym (wypełnia PCPR)					

(2) wstaw właściwe oznaczenia z tabeli II.A.

(3) wstaw właściwe oznaczenia z tabeli II.B.

**** Dochód za kwartał:** Należy podać sumę dochodów osiągniętych za kwartał poprzedzającym miesiąc składania wniosku. Dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych po odliczeniu alimentów świadczonych na rzecz innych osób.

VII. przeciętny miesięczny dochód na osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy
(obliczony z rok poprzedzający rok złożenia wniosku)

(wstaw X we właściwej rubryce)

1. poniżej 100,00 zł	
2. 101,00 – 200,00 zł	
3. 201,00 – 300,00 zł	
4. 301,00 – 400,00 zł	
5. 401,00 – 500,00 zł	
6. 501,00 – 600,00 zł	
7. 601,00 – 700,00 zł	
8. 701,00 – 800,00 zł	
9. powyżej 800,00 zł	
10. powyżej 1200,00 zł	
Punktacja (wypełnia PCPR)	

VIII. Koszty zadania – wyliczenie dofinansowania

1. przewidywany koszt realizacji zadania - koszt turnusu (w zł)	
2. koszt pobytu osoby niepełnosprawnej (w zł)	
3. koszt pobytu opiekuna osoby niepełnosprawnej (w zł)	
Punktacja (wypełnia PCPR)	

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

ETAP I

- kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, w przypadku dzieci do lat 16 – orzeczenie o niepełnosprawności,
- w przypadku orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym - kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego,
- kopia dokumentu potwierdzająca prawo występowania w imieniu osoby niepełnosprawnej (np. opiekun prawny, pełnomocnik, przedstawiciel ustawowy) – oryginał do wglądu,
- wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny (wg opracowanego przez PCPR wzoru -załącznik nr1) wypełniony przez lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza rodzinnego,
- informacja lekarza o stanie zdrowia (wg opracowanego przez PCPR wzoru – załącznik nr 2),
- oświadczenie o dochodach wnioskodawcy i osób zamieszkałych wspólnie z wnioskodawcą z ostatnich trzech miesięcy, poprzedzających miesiąc, w którym składany jest wniosek,
- kopia decyzji o przyznaniu zasiłku pielęgnacyjnego w przypadku jego pobierania,
- kopia decyzji o przyznaniu świadczeń pomocy społecznej, jeśli takie występują,

Oraz do wglądu :

- oryginały wszystkich wymaganych dokumentów
- dowód osobisty

ETAP II

W przypadku zakwalifikowania wniosku do realizacji dokumentami uzupełniającymi będą:

- załącznik nr 4 do wniosku „Informacja o turnusie”
- informacja o przyznaniu dofinansowania
- załącznik nr 3 do wniosku „Oświadczenie o wyborze opiekuna na turnusie” (jeżeli istnieje taka potrzeba)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych w bazie danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji programu dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym zgodnie z ustawą z dnia 29.08.97 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 123, poz. 883).

Uprzedzona/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 poinformować w ciągu 14 dni.

.....
podpis wnioskodawcy* /przedstawiciela ustawowego*/
opiekuna prawnego* /pełnomocnika*

WYPEŁNIA POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE

Suma uzyskanych punktów:

Wniosek został rozpatrzony pozytywnie* / negatywnie*

Całkowity koszt turnusu rehabilitacyjnego wynosi zł

(słownie:)

Dofinansowanie z PFRON wynosi:

Dla osoby niepełnosprawnejzł

(słownie:)

Dla opiekuna osoby niepełnosprawnej zł

(słownie:)

Wg obliczenia:

1	2	3	4
osoba, której dotyczy dofinansowanie	udział % przeciętnego wynagrodzenia	przeciętne wynagrodzenie	kwota dofinansowania (kolumna 2 x kolumna 3)
• osoba niepełnosprawna ze znacznym stopniem niepełnosprawności	27%		
• osoba w wieku do 16 roku życia z orzeczeniem o niepełnosprawności			
• osoba niepełnosprawna w wieku 16-24 lat ucząca się i niepracująca			
• osoba niepełnosprawna z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności	25%		
• osoba niepełnosprawna z lekkim stopniem niepełnosprawności	23%		
• osoba niepełnosprawna, niezależnie od posiadanego stopnia niepełnosprawności, zatrudniona w zakładzie pracy chronionej	18%		
• opiekun osoby niepełnosprawnej	18%		

Data r.

.....
Pieczęć PCPR i podpis Dyrektora PCPR

