

**Załącznik nr 1**

do rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2007 r. (Dz. U. nr 230, poz.1694)

**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. Imię i nazwisko dziecka.....  
PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....  
Adres zamieszkania (miejsce pobytu<sup>1</sup>).....  
Data urodzenia.....  
Telefon domowy.....

2. Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.....

**3. 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 pracy w gospodarstwie rolnym     o niezdolności do samodzielnej egzystencji  
d)  o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia.

4. Korzystałem/am z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON

Tak (podać rok).....       Nie

5. Jestem zatrudniony/a w Zakładzie Pracy Chronionej<sup>2</sup>       Tak       Nie

**6. Należy wypełnić, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem :**

**Opiekun na turnusie:** Imię i nazwisko.....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Oświadczam, że mój opiekun: 1) nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby

2) nie będzie pełnił funkcji członka kadry na turnusie

**7. OŚWIADCZENIA:**

Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód**<sup>3</sup>, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, na jednego członka rodziny<sup>4</sup>, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku**, wyniósł .....

Oświadczam, że **liczba osób** we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi.....

Oświadczam, że we wspólnym gospodarstwie domowym zamieszkują:

Lp.	Nazwisko i imię	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

Oświadczam, że:

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia <sup>5</sup>

**Przedstawiciel ustawy (dla małoletniego Wnioskodawcy), Opiekun prawny lub Pełnomocnik**

.....syn/córka .....

*imię i nazwisko* *imię ojca*

seria .....nr ..... wydany w dniu ..... przez .....

nr PESEL ..... nr NIP .....

miejscowość ..... ulica .....

nr kodu ..... poczta ..... powiat .....

województwo ..... nr tel. ....

ustanowiony Opiekunem<sup>1</sup>/Pełnomocnikiem<sup>1</sup> .....

<sup>1</sup>postanowieniem Sądu Rejonowego ..... z dn. ....sygn. akt .....

<sup>1</sup>na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza .....

z dn. .... repet. nr .....

Ja niżej podpisany/a pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań, składam stosowne do art. 75 § 2 kpa oświadczenie, że dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich/mojego dziecka danych osobowych niezbędnych podczas realizacji dofinansowania, zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie) o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016).

Oświadczam, że o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Chrzanowie.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy/opiekuna prawnego)

## Załączniki do wniosku:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub kopia wypisu z treści orzeczenia traktowanego na równi z tym orzeczeniem,
2. Wniosek lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna, o skierowanie na turnus rehabilitacyjny (zał. nr 2),
3. W przypadku osób niepełnosprawnych w wieku 16 – 24 lat zaświadczenie ze szkoły o kontynuacji nauki oraz oświadczenie o nie pozostawaniu w zatrudnieniu.
4. Dokumenty potwierdzające przeciętny miesięczny dochód osiągnięty za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku <sup>6</sup>
5. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w przypadku dziecka, które ukończyło 25 rok życia legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności <sup>7</sup>

---

<sup>1</sup> wpisać miejsce pobytu

<sup>2</sup> właściwie zaznaczyć

<sup>3</sup> **dochód** w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych oznacza to, po odliczeniu kwot 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** podlegającej opodatkowaniu na podstawie przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, pomniejszony o należny zryczałtowany podatek dochodowy i składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne,
- c) **inne dochody nie podlegające opodatkowaniu** na podstawie przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, m.in.:
  - renty inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin,
  - renty wypłacone osobom represjonowanym i członkom ich rodzin,
  - świadczenia pieniężne, dodatek kombatancki, ryczałt energetyczny i dodatek kompensacyjny,
  - emerytury i renty z tytułu inwalidztwa wojennego,
  - zasiłki chorobowe rolników,
  - środki bezzwrotnej pomocy zagranicznej,
  - należności ze stosunku pracy lub z tytułu stypendium osób przebywających czasowo za granicą,
  - dochody członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, pomniejszone o składki na ubezpieczenia społeczne,
  - alimenty na rzecz dzieci,
  - stypendia przyznawane uczniom lub studentom,
  - kwoty diet nieopodatkowane podatkiem dochodowym od osób fizycznych, otrzymywane przez osoby wykonujące czynności związane z pełnieniem obowiązków społecznych i obywatelskich,
  - należności pieniężne otrzymywane z tytułu wynajmu pokoi gościnnych,
  - dodatki za tajne nauczanie,
  - ekwiwalenty pieniężne za deputaty węglowe,
  - ekwiwalenty z tytułu prawa do bezpłatnego węgla,
  - dochody uzyskane z gospodarstwa rolnego,
  - świadczenia otrzymywane przez posła i senatora,
  - dochody uzyskiwane za granicą pomniejszone o zapłacone: podatek dochodowy oraz składki na obowiązkowe ubezpieczenie społeczne i zdrowotne,
  - zaliczka alimentacyjna.

<sup>4</sup> **przez rodzinę** należy rozumieć odpowiednio następujących członków rodziny:

- a) **małżonków**
- b) **rodziców dzieci**
- c) **opiekuna faktycznego dziecka** (osobę faktycznie opiekującą się dzieckiem, jeżeli wystąpiła z wnioskiem do sądu rodzinnego o przysposobienie dziecka)
- d) **pozostające na utrzymaniu dzieci w wieku do ukończenia 25 roku życia**
- e) **dziecko, które ukończyło 25 rok życia legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności**, jeżeli z tą niepełnosprawnością przysługuje świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy albo zasiłek dla opiekuna, o którym mowa w ustawie z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów (Dz. U. poz. 567)<sup>7</sup>

do członków rodziny nie zalicza się:

- a) **dziecka pozostającego pod opieką opiekuna prawnego**

- b) dziecka pozostającego w związku małżeńskim
- c) pełnoletniego dziecka posiadającego własne dziecko

do opieki nad osobą ubezwłasnowolnioną całkowicie stosuje się odpowiednio przepisy o opiece nad małoletnim (zgodnie z treścią art. 175 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego)

<sup>5</sup> dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne, zaświadczenie lekarskie powinno zawierać informacje o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach (zgodnie z § 4 ust. 1 pkt 8 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych)

<sup>6</sup> Wykaz dokumentów potwierdzających dochód członków rodziny, którzy:

**1. podlegają zatrudnieniu lub wykonują inną pracę zarobkową** (na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego, umowy o pracę nakładczą, wykonywanie pracy lub świadczenie usług na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło albo w okresie członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub spółdzielni usług rolniczych, a także prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej)

a) zaświadczenie wystawione przez płatnika dochodu, jeżeli jest to dochód opodatkowany podatkiem dochodowym od osób fizycznych na zasadach ogólnych, z wyjątkiem działalności pozarolniczej;

b) zaświadczenie wystawione przez płatnika dochodu lub inny dokument, jeżeli jest to dochód niepodlegający opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych;

c) oświadczenie, w przypadku osiągnięcia dochodu z działalności pozarolniczej opodatkowanej podatkiem dochodowym od osób fizycznych na zasadach ogólnych;

d) oświadczenie, w przypadku osiągnięcia dochodów z działalności pozarolniczej opodatkowanej na zasadach określonych w przepisach o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne lub w formie karty podatkowej wraz ze stosownym miesięcznym rozliczeniem urzędu skarbowego

**2. pobierają świadczenia emerytalno – rentowe:**

a) zaświadczenie z ZUS

b) przekazy lub przelewy pieniężne (wydruk z konta) dokumentujące wysokość otrzymanego świadczenia

c) decyzja potwierdzająca prawo do dodatku pielęgnacyjnego dla osób do 75 roku życia

**3. są bezrobotni** – zaświadczenie z urzędu pracy potwierdzające fakt pozostawania bez pracy z prawem lub bez prawa do zasiłku

**4. otrzymują lub płacą alimenty:**

a) kopia odpisu wyroku sądu zasądającego alimenty na rzecz osób w rodzinie lub kopia ugody (sądowej lub przed mediatorem)

b) w przypadku uzyskania alimentów niższych niż zasądzone w wyroku lub ugodzie – przekazy lub przelewy pieniężne dokumentujące faktyczną wysokość otrzymanych alimentów oraz zaświadczenie komornika o całkowitej lub częściowej bezskuteczności egzekucji alimentów, a także o wysokości wyegzekwowanych alimentów

c) w przypadku uzyskania wyższych alimentów niż zasądzone w wyroku lub ugodzie – oświadczenie o wysokości otrzymanych alimentów oraz zaświadczenie komornika o wysokości wyegzekwowanych alimentów, gdy jest prowadzona egzekucja komornicza

d) kopia decyzji właściwego organu przyznającego zaliczkę alimentacyjną wraz z określeniem jej wysokości

e) przekazy lub przelewy pieniężne dokumentujące wysokość płaconych alimentów, jeżeli członkowie rodziny są zobowiązani wyrokiem sądu lub ugodą (sądową lub przed mediatorem) do ich płacenia na rzecz osoby spoza rodziny

**5. prowadzą gospodarstwo rolne:**

a) zaświadczenie właściwego organu gminy o wielkości gospodarstwa rolnego wyrażonej w hektarach przeliczeniowych ogólnej powierzchni

b) umowa dzierżawy, w przypadku oddania części lub całości znajdującego się w posiadaniu rodziny gospodarstwa rolnego w dzierżawę

c) umowa zawarta w formie aktu notarialnego, w przypadku wniesienia gospodarstwa rolnego do użytkowania przez rolniczą spółdzielnię produkcyjną

**6. otrzymują należności pieniężne z tytułu wynajmu pokoi gościnnych – oświadczenie**

**7. otrzymują stypendia doktoranckie i habilitacyjne oraz inne stypendia o charakterze socjalnym przyznane uczniom lub studentom**

a) decyzja właściwego organu przyznającego stypendium z określeniem jego wysokości

b) przekazy lub przelewy pieniężne dokumentujące wysokość otrzymanego stypendium

**8. Pozostałe dochody nie podlegające opodatkowaniu – do indywidualnego ustalenia (uzgodnienia)**

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

**Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny**

Imię i nazwisko.....  
PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....  
Adres zamieszkania /miejsce pobytu\*  
.....

**Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji\*\* :**

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

**Konieczność pobytu opiekuna na turnusie\*\* :**

- Nie
- Tak – uzasadnienie.....

Uwagi :.....  
.....  
.....

.....  
(Data)

.....  
( pieczęć i podpis lekarza)

---

\* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej  
\*\* wniosek lekarza ma zawierać „wyraźne wskazanie wraz z uzasadnieniem konieczności pobytu opiekuna na turnusie (rozd. 3 § 4 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych; Dz. U. nr 230, poz. 1694)