



Data wpływu wniosku .....

Numer sprawy .....

**MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ  
W ŁODZI**

Zespół ds. Rehabilitacji Społecznej  
Osób Niepełnosprawnych  
90-012 Łódź, ul. Kilińskiego 102/102A  
NIP 725-10-23-290  
tel. 42 637 72 45; 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)

Adres opiekuna .....

---

**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

\*\* Właściwe zaznaczyć

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód <sup>1</sup>, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił..... zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosiła .....

Oświadczam, że nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie byłem/am w ciągu trzech lat przed złożeniem wniosku stroną umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie.

Oświadczam, że informacje zawarte we wniosku są zgodne z prawdą i zostałem/am pouczone/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 k.k. <sup>2</sup>

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnej „informacji o stanie zdrowia”, w przypadku gdy program turnusu przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

.....  
(podpis pracownika przyjmującego wniosek)

Osoby załatwiający sprawy w imieniu wnioskodawcy, zwłaszcza składające w jego imieniu dokumenty i oświadczenia, muszą legitymować się stosownym upoważnieniem.

### Wykaz załączników do wniosku:

1. wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny
2. 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 2011r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.)
3. zaświadczenie o pobieraniu nauki (w przypadku osoby uczącej się) lub okazanie aktualnej legitymacji szkolnej lub indeksu
4. kopia postanowienia Sądu Rejonowego o ustanowieniu opiekuna prawnego w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej lub pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza (oryginał do wglądu)

<sup>1</sup> **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.**

<sup>2</sup> Art. 233 § Kodeksu Karnego

§ 1. Kto składając zeznanie mające służyć jako za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmując zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie.