

załącznik Nr 1
do Uchwały NR 92/434/17
Zarządu Powiatu Siemiatyckiego
z dnia 25 kwietnia 2017 roku

ZASADY DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH UCZESTNICTWA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I ICH OPIEKUNÓW W TURNUSACH REHABILITACYJNYCH

§ 1

Ilekróć w niniejszym dokumencie jest mowa o:

- 1) Funduszu – oznacza to Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- 2) Osobie niepełnosprawnej – oznacza to osobę posiadającą orzeczenie o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności, orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy oraz orzeczenie o niepełnosprawności, wydane przed ukończeniem 16 roku życia,
- 3) Ustawie – oznacza to Ustawę z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r. poz. 2046)
- 4) Rozporządzeniu – oznacza to Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 roku Nr 230, poz. 1694 z późniejszymi zmianami),
- 5) Turnusie rehabilitacyjnym – oznacza to aktywną formę rehabilitacji połączoną z elementami wypoczynku, mającą na celu poprawę sprawności, wyrobienie zaradności, pobudzenie i rozwijanie zainteresowań osób niepełnosprawnych,
- 6) Przeciętnym wynagrodzeniu – oznacza to przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w poprzednim kwartale od pierwszego dnia miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w formie komunikatu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 887),
- 7) Centrum – oznacza to Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Siemiatyczach.

§ 2

Warunki, jakie muszą spełniać osoby niepełnosprawne ubiegające się o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.

1. Osoba niepełnosprawna może ubiegać się o dofinansowanie pod warunkiem, że:
 - 1) została skierowana na turnus rehabilitacyjny na wniosek lekarza, pod którego opieką się znajduje;

- 2) w roku, w którym ubiega się o dofinansowanie, nie uzyskała na ten cel dofinansowania ze środków Funduszu;
 - 3) weźmie udział w turnusie, który odbędzie się w ośrodku wpisanym do rejestru ośrodków, prowadzonego przez wojewodę, albo poza takim ośrodkiem, w przypadku gdy turnus jest organizowany w formie niestacjonarnej;
 - 4) wybierze organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusów;
 - 5) będzie uczestniczyła w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybrała;
 - 6) nie będzie pełniła funkcji członka kadry na turnusie ani nie będzie opiekunem innego uczestnika tego turnusu;
 - 7) złoży oświadczenie o wysokości dochodu obliczonego zgodnie z art. 10e ust. 1 ustawy wraz z informacją o liczbie osób we wspólnym gospodarstwie domowym;
 - 8) w przypadku turnusu, którego program przewiduje także zabiegi fizjoterapeutyczne, przedstawi podczas pierwszego badania lekarskiego na turnusie zaświadczenie lekarskie o aktualnym stanie zdrowia, w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach.
2. Osobie niepełnosprawnej o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności albo równoważnym oraz osobie niepełnosprawnej w wieku do 16 lat może być przyznane dofinansowanie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym jej opiekuna, pod warunkiem, że:
- 1) wniosek lekarza, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, zawiera wyraźne wskazanie wraz z uzasadnieniem konieczności pobytu opiekuna;
 - 2) opiekun:
 - a) nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
 - b) nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
 - c) ukończył 18 lat lub
 - d) ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

§ 3

Tryb składania wniosku o udzielenie dofinansowania.

1. Osoba niepełnosprawna może złożyć wniosek o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym do siedziby Centrum w każdym czasie.
2. W przypadku złożenia niekompletnego wniosku Kierownik Centrum występuje o jego uzupełnienie. Nieuzupełnienie wniosku w wyznaczonym terminie wyklucza wniosek z dalszej realizacji.
3. Wzór wniosku o dofinansowanie uczestnictwa osoby niepełnosprawnej i jej opiekuna w turnusie rehabilitacyjnym razem ze wzorem wniosku lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny oraz skalą punktową do oceny sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej stanowi integralną część zasad.

§ 4

Wysokość dofinansowania i realizacja wniosku.

1. Wszystkie wnioski będą rozpatrywane w sposób indywidualny, zgodnie z kolejnością ich złożenia, w oparciu o skalę punktową.
2. Wysokość dofinansowania wynosi:

- 1) **30%** przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w art. 2 pkt 4 ustawy, zwanego dalej "przeciętnym wynagrodzeniem" - dla osoby niepełnosprawnej ze znacznym stopniem niepełnosprawności, osoby niepełnosprawnej w wieku do 16-stego roku życia oraz osoby niepełnosprawnej w wieku 16-24 lat uczącej się i niepracującej, bez względu na stopień niepełnosprawności;
 - 2) **27%** przeciętnego wynagrodzenia - dla osoby niepełnosprawnej z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności;
 - 3) **25%** przeciętnego wynagrodzenia - dla osoby niepełnosprawnej z lekkim stopniem niepełnosprawności;
 - 4) **20%** przeciętnego wynagrodzenia - dla opiekuna osoby niepełnosprawnej;
 - 5) **20%** przeciętnego wynagrodzenia - dla osoby niepełnosprawnej zatrudnionej w zakładzie pracy chronionej, niezależnie od posiadanego stopnia niepełnosprawności.
3. W przypadku uzasadnionym szczególnie trudną sytuacją życiową osoby niepełnosprawnej dofinansowanie dla tej osoby lub dofinansowanie pobytu jej opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym może zostać podwyższone do wysokości **40 %** przeciętnego wynagrodzenia. Podwyższenie dofinansowania pobytu opiekuna może nastąpić, jeżeli opiekun pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą niepełnosprawną lub osoba ta ponosi koszty uczestnictwa opiekuna w turnusie.
4. Kwoty dofinansowania podlegają zaokrągleniu do pełnego złotego.
5. Rozpatrzenie i realizacja wniosków następuje w przeciągu 30 dni od dnia zatwierdzenia uchwałą Rady Powiatu Siemiatyckiego planu finansowego na realizację zadań z zakresu rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych ze środków *Funduszu*, według ustalonych zasad. Śmierć wnioskodawcy lub podanie przez niego nieprawdy eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania.
6. Przy rozpatrywaniu wniosku osoby niepełnosprawnej bierze się pod uwagę:
- stopień i rodzaj niepełnosprawności,
 - średni miesięczny dochód na członka wspólnego gospodarstwa domowego,
 - wcześniejsze korzystanie ze środków finansowych *Funduszu* na dofinansowanie turnusu rehabilitacyjnego,
 - wiek osoby niepełnosprawnej z podziałem na dzieci i młodzież niepełnosprawna ucząca się i nie pracująca do ukończenia 24 roku życia, wiek aktywności zawodowej i wiek po aktywności zawodowej,
 - dodatkowe informacje oceniające sytuację społeczną osoby niepełnosprawnej.
7. Wniosek podlega:
- sprawdzeniu wiarygodności informacji,
 - dokonaniu oceny wniosku według skali punktowej, o której mowa w § 3 ust. 3 ,
 - uszeregowaniu wniosków według uzyskanej liczby punktów.
8. W pierwszej kolejności będą realizowane wnioski, które uzyskały największą liczbę punktów. W sytuacji, gdy limit środków finansowych ustalony przez Radę Powiatu nie umożliwia udzielenia dofinansowania wszystkim wnioskodawcom z równorzędną oceną wniosku (taką samą ilością punktów), o przyznaniu dofinansowania decyduje kolejność wpływu wniosku do siedziby Centrum.
9. W związku ze znacznym niedoborem środków finansowych *Funduszu*, ustala się minimalny próg uzyskanych punktów, który wynosi 15 punktów. Wnioski, które uzyskają poniżej 15 punktów będą rozpatrywane negatywnie.
10. Wnioskodawcom, którym nie zostało przyznane dofinansowanie, z powodu niewystarczającej wysokości środków *Funduszu* przeznaczonych na dofinansowanie uczestnictwa osób

niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych w roku rozpatrywania wniosku, mogą ponownie ubiegać się o dofinansowanie, w roku następnym składając ponownie wniosek.

SKALA PUNKTOWA DO OCENY SYTUACJI SPOŁECZNEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

wniosku o dofinansowanie uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w
turnusach rehabilitacyjnych

.....PESEL.....

.....

wnioskodawca, adres zamieszkania

- I. rodzaj niepełnosprawności według treści orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub niepełnosprawności, bądź odpowiednika i zaświadczenia lekarskiego o rodzaju niepełnosprawności

dzieci i młodzież niepełnosprawna ucząca się i nie pracująca do ukończenia 24 roku życia niezależnie od stopnia i rodzaju niepełnosprawności	7 pkt
dysfunkcja narządów ruchu	
<i>znaczny</i>	5 pkt
<i>umiarkowany</i>	2 pkt
<i>lekki</i>	1 pkt
dysfunkcja narządów wzroku	
<i>znaczny</i>	5 pkt
<i>umiarkowany</i>	2 pkt
<i>lekki</i>	1 pkt
dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
<i>znaczny</i>	5 pkt
<i>umiarkowany</i>	2 pkt
<i>lekki</i>	1 pkt
deficyt rozwojowy upośledzenie umysłowe/choroby psychiczne	
<i>znaczny</i>	5 pkt
<i>umiarkowany</i>	2 pkt
<i>lekki</i>	1 pkt
niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	
<i>znaczny</i>	3 pkt
<i>umiarkowany</i>	2 pkt
<i>lekki</i>	1 pkt
Liczba punktów wnioskodawcy	

- II. średni miesięczny dochód na członka wspólnego gospodarstwa domowego:

100,00-500,00	10 pkt
501,00-1.000,00	5 pkt
Powyżej 1.000,00	0 pkt
Liczba punktów wnioskodawcy	

III. korzystanie ze środków finansowych PFRON na dofinansowanie turnusu rehabilitacyjnego

wnioskodawca nie korzystał z dofinansowania	5 pkt
wnioskodawca nie korzystał z dofinansowania w okresie ostatnich 5 lat	2 pkt
wnioskodawca korzystał z dofinansowania w okresie ostatnich 5 lat	0 pkt
Liczba punktów wnioskodawcy	

IV. wiek osoby niepełnosprawnej

dzieci i młodzież niepełnosprawna ucząca się i nie pracująca do ukończenia 24 roku życia	5 pkt
wiek aktywności zawodowej	3 pkt
wiek po aktywności zawodowej	1 pkt
Liczba punktów wnioskodawcy	

V. dodatkowe informacje oceniające sytuację społeczną osoby niepełnosprawnej wnioskowane przez pracownika socjalnego rozpatrującego wniosek w skali 0-10

..... pkt
.....	
.....	
.....	
.....	

Razem liczba punktów wnioskodawcypkt
--	-----------------

Podpisy osób biorących udział w rozpatrywaniu wniosku:

1. pracownik socjalny realizujący zadanie

2. kierownik PCPR

Siemiatycze, dnia

Nr sprawy:

wypełnia PCPR

W N I O S E K

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

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnosprawnej
rodzice bądź opiekun prawny)

pieczęć wpływu wniosku

CZĘŚĆ A: DANE I INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY

1. Nazwisko	2. Imię	3. Numer PESEL
4. Seria i numer dowodu osobistego	5. Data urodzenia	6. Nr telefonu
7. Adres zamieszkania**		
8. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)		

DANE OSOBOWE PRZEDSTAWICIELA (dotyczy osób do 18 roku życia, sądownie ubezwłasnowolnionych lub posiadających pełnomocnictwo potwierdzone przez notariusza)

9. Osoba reprezentująca wnioskodawcę*		
Rodzic <input type="checkbox"/> Opiekun prawny <input type="checkbox"/> Pełnomocnik <input type="checkbox"/> Inna <input type="checkbox"/>		
10. Nazwisko	11. Imię	12. Numer PESEL
13. Seria i numer dowodu osobistego	14. Organ wydający dowód osobisty	15. Data wydania dowodu osobistego
16. Adres zamieszkania		
Nr telefonu:		
17. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)		
18. Ustanowiona/y opiekunem / pełnomocnikiem*		
<input type="checkbox"/> Postanowieniem Sądu w z dnia sygn. akt		
<input type="checkbox"/> na mocy pełnomocnictwa z dnia potwierdzonego przez repert. NR		

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

I. STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB JEGO ODPowiedNIK (wstawić X w odpowiednim miejscu)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
znaczny	umiarkowany	lekki	osoby niepełnosprawne do lat 16

II. RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (wstawić x w odpowiednim miejscu)

dysfunkcja narządów ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak albo amputacja dłoni lub rąk	<input type="checkbox"/>
inna dysfunkcja narządów ruchu	<input type="checkbox"/>
dysfunkcja narządów wzroku	<input type="checkbox"/>
dysfunkcja narządów słuchu i mowy	<input type="checkbox"/>
deficyt rozwojowy	<input type="checkbox"/>
niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia	<input type="checkbox"/>

III. SYTUACJA ZAWODOWA (wstawić x w odpowiednim miejscu)

<input type="checkbox"/> zatrudniony / <input type="checkbox"/> prowadzący działalność gospodarczą*	<input type="checkbox"/>
młodzież od lat 16 do 24, ucząca się i nie pracująca	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> bezrobotny poszukujący pracy / <input type="checkbox"/> rencista poszukujący pracy*	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> rencista / <input type="checkbox"/> emeryt* nie zainteresowany podjęciem pracy	<input type="checkbox"/>
dzieci i młodzież do lat 16	<input type="checkbox"/>

IV. JESTEM ZATRUDNIONY/NA W ZAKŁADZIE PRACY CHRONIONEJ ☐ TAK ☐ NIE*

V. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW FINANSOWYCH PFRON DO DOFINANSOWANIA UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM

nie korzystałem/am	<input type="checkbox"/>
korzystałem/am (podać rok)	

VI. INFORMACJA O OPIEKUNIE UBIEGAJĄCYM SIĘ O DOFINANSOWANIE DO UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM (Wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

imię i nazwisko	
czy jest osobą niepełnosprawną? jeżeli tak, podać stopień niepełnosprawności	
data urodzenia	

VII. OSOBY POZOSTAJĄCE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z WNIOSKODAWCĄ

lp	nazwisko i imię	dochód netto	źródło dochodu
1			
2			
3			
4			
5			
Razem			xxx

Niniejszym oświadczam, że miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku

wynosizłotych.

ZAŁĄCZNIKI (DOKUMENTY) WYMAGANE DO WNIOSKU

nazwa załącznika	załączono do wniosku (podać liczbę załączników)
kopia orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub jego odpowiednika wnioskodawcy	
zaświadczenie o uczeniu się w przypadku dzieci i młodzieży w wieku od 16-24 lat	
inne załączniki (należy wymienić)	

CZĘŚĆ B: INFORMACJE KOŃCOWE

1. Oświadczam, że nie będę pełnił funkcji członka kadry na wybranym turnusie rehabilitacyjnym i nie będę opiekunem innej osoby niepełnosprawnej na tym turnusie.
2. Oświadczam, że opiekun nie będzie pełnił funkcji członka kadry na wybranym turnusie rehabilitacyjnym i nie będzie opiekunem innej osoby na tym turnusie.
3. Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia. ***

Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego **oświadczam, że podane we wniosku informacje są prawdziwe**, o zmianach zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni od ich zaistnienia.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych znajdujących się w bazie PCPR w Siemiatyczach, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku O ochronie danych osobowych.

* Właściwe zaznaczyć.

** W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

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

.....
czytelny podpis wnioskodawcy,
przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego, pełnomocnika

☐ Potwierdzam kompletność złożonych dokumentów wymienionych we wniosku.

☐ Poinformowałem o niekompletności dokumentów we wniosku.

pieczętka imienna, podpis pracownika PCPR, data

.....

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dowodu 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"/> choroby układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- ☐ Nie
- ☐ Tak –uzasadnienie
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć