

Zarządzenie Nr 13... /2015

Starosty Pułtuskiego

z dnia 3 marca 2015r.

*w sprawie zasad dofinansowania do uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.*

Na podstawie art. 34 ust. 1, art. 35 ust. 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2013r. poz. 595, z późn. zm.), art. 35a ust. 1 pkt 7 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1694, z późn. zm.) zarządzam, co następuje:

§ 1.

Ustalam zasady dofinansowania do uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w brzmieniu stanowiącym załącznik do zarządzenia.

§ 2.

Wykonanie zarządzenia powierzam Dyrektorowi Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie oraz Przewodniczącemu Komisji ds. Opiniowania Wniosków o Dofinansowanie ze Środków PFRON w Pułtusk.

§ 3.

1. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.
2. Traci moc zarządzenie nr 12/2012 Starosty Pułtuskiego z dnia 30 marca 2012 r w sprawie zasad dofinansowania do uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

STAROSTA

Jan Zającki

RADCA PRAWNY

Jacek Godłowski  
nr 119-5413

Załącznik  
do zarządzenia nr 13  
Starosty Pultuskiego  
z dnia 20.09.2015r.

**Zasady dofinansowania do uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów  
w turnusach rehabilitacyjnych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych.**

§1.

Na podstawie rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1694, z późn. zm.) z tej formy rehabilitacji mogą skorzystać wszystkie osoby niepełnosprawne, które złożą wniosek o dofinansowanie turnusu rehabilitacyjnego.

§2.

Turnusy rehabilitacyjne organizowane są dla następujących grup osób niepełnosprawnych:

- 1) z dysfunkcją narządu ruchu, z wyłączeniem osób poruszających się na wózkach inwalidzkich,
- 2) z dysfunkcją narządu ruchu poruszających się na wózkach inwalidzkich,
- 3) z dysfunkcją narządu słuchu,
- 4) z dysfunkcją, narządu wzroku,
- 5) z upośledzeniem umysłowym,
- 6) z chorobą psychiczną,
- 7) ze schorzeniami układu krążenia,
- 8) z innymi dysfunkcjami lub schorzeniami, nie wymienionymi w żadnym z powyższych punktów.

§3.

1. Pierwszeństwo dofinansowania do uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych mają w kolejności:

- 1) osoby z orzeczoną niepełnosprawnością do 16 roku życia,
- 2) osoby niepełnosprawne od 16 do 24 lat uczące się i niepracujące bez względu na stopień niepełnosprawności,
- 3) osoby niepełnosprawne, które posiadają orzeczenie o zaliczeniu do znacznego stopnia niepełnosprawności lub równoważne,
- 4) osoby niepełnosprawne, które posiadają orzeczenie o zaliczeniu do umiarkowanego stopnia



niepełnosprawności lub równoważne.

Przy rozpatrywaniu wniosków o dofinansowanie brany będzie pod uwagę stopień i rodzaj niepełnosprawności wnioskodawcy, możliwość poprawy kontaktów społecznych w codziennym funkcjonowaniu oraz fakt niekorzystania dorosłych osób niepełnosprawnych z dofinansowania w ostatnim roku kalendarzowym.

2. Osoba niepełnosprawna może, zgodnie z § 4 ust.1 rozporządzenia, o którym mowa w § 1 niniejszego załącznika ubiegać się o dofinansowanie do turnusu pod warunkiem, że:

- 1) zostanie skierowana na turnus na wniosek lekarza, pod opieką którego znajduje się,
- 2) w roku, w którym ubiega się o dofinansowanie, nie uzyskała na ten cel dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
- 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 tym turnusie ani nie będzie opiekunem innego uczestnika tego turnusu,
- 7) złoży oświadczenie o wysokości osiągniętych dochodów wraz z informacją o liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym,
- 8) zobowiąże się do przedstawienia na turnusie, podczas pierwszego badania lekarskiego, informacji o stanie zdrowia, sporządzonej nie wcześniej niż na 3 miesiące przed datą rozpoczęcia turnusu, wystawionej przez lekarza, pod którego opieką obecnie się znajduje.

Warunkiem otrzymania dofinansowania do uczestnictwa w turnusie opiekuna osoby niepełnosprawnej jest:

- a) zalecenie lekarza wskazujące na konieczność obecności opiekuna na turnusie, wraz z uzasadnieniem konieczności pobytu opiekuna,
- b) nie pełnienie przez opiekuna funkcji członka kadry na tym turnusie,
- c) opiekun nie może być osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- d) ukończenie przez opiekuna 18 lat, albo ukończenie lat 16 i bycie wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

#### §4.

Osoba niepełnosprawna ubiegająca się o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie powinna złożyć w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie wymagany komplet dokumentów:



- 1) wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszych zasad,
- 2) kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub kopię wypisu treści orzeczenia (potwierdzoną za zgodność z oryginałem),
- 3) dokument potwierdzający źródło dochodów (np. zaświadczenie o uzyskanych dochodach z trzech ostatnich miesięcy, aktualną decyzję przyznającą świadczenie rentowne lub emerytalne, odcinek renty lub emerytury) lub oświadczenie pod odpowiedzialnością karną o wysokości dochodów.

#### §5.

1. Dokumenty, o których mowa w § 4 należy składać do PCPR w godzinach jego urzędowania od poniedziałku do piątku w godz. 8 - 16 przy ul. 3 Maja 20.
2. Wniosek o dofinansowanie zawiera oświadczenie o wysokości dochodu w rodzinie oraz liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym.
3. Zgodnie z art.10e ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721, z późn.zm.), osoby niepełnosprawne mogą ubiegać się o dofinansowanie do uczestnictwa w turnusie, jeżeli przeciętny miesięczny dochód, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty:
  - 1) 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,
  - 2) 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.
4. W przypadku gdy Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie poweźmie wątpliwość w sprawie przyznawanego dofinansowania, a w szczególności co do wysokości dochodów, i liczby osób we wspólnym gospodarstwie domowym, mające wpływ na przyznanie dofinansowania, Dyrektor PCPR powiadamia wnioskodawcę o konieczności złożenia w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania, wyjaśnień w sprawie lub dostarczenia niezbędnych dokumentów.
5. W przypadku znacznego niedoboru środków PFRON w danym roku kalendarzowym w stosunku do istniejących potrzeb, wysokość dofinansowania może zostać pomniejszona o 20%, przysługującego dofinansowania osobie niepełnosprawnej.
6. W przypadku przekroczenia kwot dochodu o których mowa w ust.3 u osób niepełnosprawnych z trudną sytuacją zdrowotną lub losową kwotę dofinansowania pomniejsza się o kwotę, o którą dochód ten został przekroczony.

§6.

1. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w terminie 10 dni od dnia złożenia wniosku o dofinansowanie informuje wnioskodawcę o występujących we wniosku uchybieniach, które powinny zostać usunięte w terminie 30 dni.
2. Nieusunięcie uchybień, o których mowa w ust.1 w wyznaczonym terminie skutkuje pozostawieniem wniosku be rozpatrzenia.
3. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie rozpatruje wniosek w ciągu 30 dni od jego złożenia.
4. PCPR w terminie 7 dni od rozpatrzenia wniosku powiadamia wnioskodawcę w formie pisemnej o sposobie jego rozpatrzenia. W przypadku decyzji negatywnej informacja zawiera ponadto, uzasadnienie odmowy przyznania dofinansowania.

STAROSTA

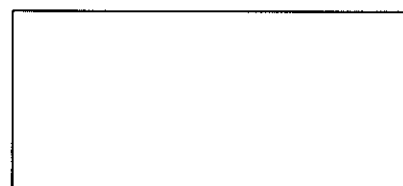
Jan Zalewski

RADCA PRAWN

Janek Godlewski



pieczęć jednostki przyjmującej wniosek



data wpływu kompletnego wniosku

...../ 161 / .....

nr kolejny wniosku / powiat / rok złożenia wniosku

**Wniosek o dofinansowania 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 numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania\* .....

Data urodzenia ..... nr. Tel. ....

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

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.

O wszelkich zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtusk w ciągu 14 dni.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtusk dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadań powiatu finansowanych ze środków PFRON zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia .\*\*\*

.....  
(miejscowość i data )

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

\*\* Właściwie zaznaczyć

\*\*\*Dotyczy Turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

---

**Wypełnia PCPR**

Nr sprawy: PCPR.PN.7000.....20....

.....  
Data wpływu wniosku do PCPR

.....  
Pieczęć PCPR i podpis pracownika

.....  
( 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 : \*\*

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie :\*\*

- Nie
- Tak –uzasadnienie .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

Uwagi:

.....  
.....  
.....  
.....

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu  
\*\*Właściwe zaznaczyć

.....  
( data )

.....  
( pieczęćka i podpis lekarza)



## INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

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

Imię i nazwisko uczestnika turnusu .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania\* .....

Rodzaj turnusu .....

termin turnusu : od ..... do .....

### Dane organizatora turnusu :

Nazwa i adres z kodem pocztowym .....

.....

.....

### Dane ośrodka w którym odbędzie się turnus :

Nazwa i adres z kodem pocztowym .....

.....

.....

Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników .

.....

( data)

.....

( czytelny podpis wnioskodawcy)

- W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

....., dn. ....

.....  
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....  
(adres zamieszkania)

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że funkcję opiekuna na wybranym przeze mnie turnusie rehabilitacyjnym ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych pełnić będzie Pani/Pan .....(nr PESEL.....).

Osoba ta:

1. Nie będzie pełniła funkcji członka kadry na wskazanym przeze mnie turnusie,
2. Nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej,
3. Nie jest posiadaczem orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub równoważnego,
4. Ukończyła 18 lat\*/ukończyła 16 lat i jest zamieszkującym ze mną członkiem rodziny\*

Oświadczam również, iż powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy\*, przedstawiciela  
ustawowego\*, opiekuna prawnego\*, pełnomocnika)

\* niepotrzebne skreślić