

ZARZĄDZENIE Nr 15/2010

Starosty Pułtuskiego

z dnia 17 lutego 2010 r.

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

Na podstawie art. 35a ust.1 pkt 7 lit. „a” ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (jt Dz. U. z 2008r. Nr 14, poz. 92 z późn. zm.), rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 czerwca 2002r. w sprawie określenia zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 96 poz. 861 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) zarządzam, co następuje:

§1.

Ustalam „Zasady dofinansowania do uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych” - stanowiące załącznik do zarządzenia.

§2.

Wykonanie uchwały powierzam Dyrektorowi Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pułtuskach i Komisji do spraw Opiniowania Wniosków o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

§3.

Traci moc Zarządzenie Nr 13/09 Starosty Pułtuskiego z dnia 23 lutego 2009 roku.

§4.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

STAROSTA

/-/

inż. ANDRZEJ DOLECKI

Zasady udzielania osobom niepełnosprawnym dofinansowania do uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych

§1.

Na podstawie rozporządzenia Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230 poz.1694) 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. z epilepsją,
8. ze schorzeniami układu krążenia,
9. z innymi dysfunkcjami lub schorzeniami, nie wymienionymi w żadnym z powyższych punktów

§3.

Pierwszeństwo dofinansowania do uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych mają w kolejności:

- osoby z orzeczoną niepełnosprawnością do 16 roku życia,
- osoby niepełnosprawne od 16 do 24 lat uczące się i niepracujące bez względu na stopień niepełnosprawności,
- osoby niepełnosprawne, które posiadają orzeczenie o zaliczeniu do znacznego stopnia niepełnosprawności lub równoważne,
- osoby niepełnosprawne, które posiadają orzeczenie o zliczeniu 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 z dofinansowania w ubiegłych latach.

§4.

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 rehabilitacyjnych,
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 osiąganych 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:

1. zalecenie lekarza wskazujące na konieczność obecności opiekuna na turnusie, wraz z uzasadnieniem konieczności pobytu opiekuna,
2. nie pełnienie przez opiekuna funkcji członka kadry na tym turnusie,
3. opiekun nie może być osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
4. 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,
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, 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:
 - a) 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,
 - b) 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 rozparzenia wniosku powiadamia wnioskodawcę w formie pisemnej o sposobie jego rozpatrzenia. W przypadku decyzji negatywnej informacja zawiera ponadto, uzasadnienie odmowy przyznania dofinansowania.

**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.

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.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych, w bazie danych PCPR w Pułtusku dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadań powiatu finansowanych ze środków PFRON zgodnie z ustawą z dnia 29.08.97 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U Nr 133 poz.883)

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

.....
(data)

.....
(cz ytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć

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

Wypełnia PCPR

Nr sprawy: PCPR.PN.4030T.../...../10

.....
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)

.....
(pieczęć ka 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