

Uchwała nr 86/XXI/2019

Zarządu Powiatu Rybnickiego

w Rybniku

z dnia 23 lipca 2019r.

dotycząca zasad korzystania ze środków własnych Powiatu na zadanie dotyczące wspierania osób niepełnosprawnych w ramach „Powiatowego Programu Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych” oraz w sprawie druków dokumentów, które będą obowiązywały w 2019 roku w dziale osób niepełnosprawnych w PCPR w Rybniku

Na podstawie Uchwały nr XXV/145/17 Rady Powiatu w Rybniku z dnia 23 marca 2017r. w sprawie przyjęcia do realizacji „Powiatowego programu Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych na lata 2017-2020” Zarząd Powiatu uchwala, co następuje:

§ 1

1. Wprowadza się zasady korzystania ze środków własnych Powiatu na zadania dotyczące wspierania osób niepełnosprawnych stanowiące załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.
2. Wprowadza się druk dokumentu, który stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

§ 2

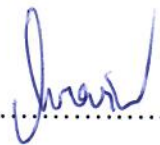
Upoważnia się Kierownika Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Rybniku do dysponowania środkami przeznaczonymi na wspieranie osób niepełnosprawnych z terenu Powiatu Rybnickiego w zakresie dofinansowań do turnusów rehabilitacyjnych.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Podpisy:

Damian Mrowiec

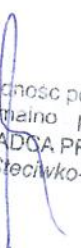
.....

Marek Profaska

.....

Elżbieta Pierchała

.....

.....
a zgodność pod względem
formalno-prawnym
RADCA PRAWNY
Ewa Steciwko-Staneczek

Zasady dofinansowania uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych.

Turnus rehabilitacyjny oznacza zorganizowaną formę aktywnej rehabilitacji połączonej z elementami wypoczynku, której celem jest ogólna poprawa psychofizycznej sprawności oraz rozwijanie umiejętności społecznych uczestników.

Dofinansowanie do uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych ze środków własnych Powiatu Rybnickiego, będzie przyznawane w 2019r. osobom niepełnosprawnym, które:

1. W roku 2018 oraz bieżącym nie korzystały z dofinansowania do turnusów rehabilitacyjnych ze środków PFRON.
2. Zostały skierowane na turnus rehabilitacyjny na wniosek lekarza.
3. Wybiorą organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusów.
4. Będą uczestniczyły w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybrały.
5. Nie będą pełniły funkcji członka kadry na turnusie ani nie będą opiekunami innego uczestnika tego turnusu.

Wnioskodawca zobowiązany jest dokonać rezerwacji miejsca na turnusie rehabilitacyjnym dopiero po rozpatrzeniu wniosku przez PCPR i otrzymaniu „informacji o sposobie rozpatrzenia wniosku”. Czyni to za pośrednictwem Organizatora/Ośrodka, który posiada aktualne uprawnienie do organizowania turnusów rehabilitacyjnych. Dokonując wyboru turnusu należy poinformować organizatora/ośrodek o rodzaju posiadanych schorzeń zgodnie z orzeczeniem o niepełnosprawności oraz wypełnionym przez lekarza „Wniosku lekarskim” tak, aby były one zgodne z wpisem organizatora i ośrodka do rejestru wojewody właściwego dla siedziby każdego z nich. Aktualne informacje o ośrodkach i organizatorach turnusów, posiadających wpis do rejestru ośrodków i organizatorów prowadzących turnusy rehabilitacyjne dla osób niepełnosprawnych, dostępne są na stronie internetowej www.empatia.mpips.gov.pl.

Turnus rehabilitacyjny odbędzie się w ośrodku wpisanym do rejestru ośrodków, prowadzonych przez Wojewodę, w których mają odbywać się turnusy rehabilitacyjne.

Konsekwencje zarezerwowania miejsca na turnusie przed uzyskaniem dofinansowania ponosi wyłącznie wnioskodawca.

Osoba niepełnosprawna może ubiegać się o dofinansowanie ze środków własnych Powiatu Rybnickiego uczestnictwa w turnusie, jeżeli przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nie przekracza kwoty 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym lub 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej. W przypadku przekroczenia powyższych kwot dochodu, kwotę dofinansowania pomniejsza się o kwotę, o którą dochód ten został przekroczony.

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, jeżeli wniosek lekarza zawiera wyraźne wskazanie wraz z uzasadnieniem pobytu opiekuna, a opiekun spełnia warunki § 4 ust.2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r.(Dz.U.Nr 230, poz.1694) w sprawie turnusów rehabilitacyjnych.

Wysokość dofinansowania uczestnictwa w turnusie wynosi:

- Znaczny stopień niepełnosprawności lub równoważny – 1.200,00 zł.
- Umiarkowany lub równoważny stopień niepełnosprawności – 1.000,00 zł.
- Opiekun osoby niepełnosprawnej / pracownik ZPCH – 800,00 zł.

Wnioski rozpatrywane są do momentu wyczerpania środków finansowych.

Za zgodność pod względem
formalno-prawnym
RADA PRAWNY
Ewa Stęchliko-Staneczek

Załącznik Nr 2 do Uchwały Nr 86/XI/19 Zarządu Powiatu Rybnickiego z dnia 23 lipca 2019 w sprawie wniosków, dotyczących ubiegania się o dofinansowanie ze środków własnych Powiatu Rybnickiego, obowiązujących w PCPR Rybnik w 2019r.

Data wpływu.....

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania (kod, miejscowość, ulica).....

.....

Adres zameldowania (kod, miejscowość, ulica).....

.....

Wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków własnych
Powiatu Rybnickiego do uczestnictwa w **turnusie rehabilitacyjnym**

Nr ON-...../2019

UWAGA!!!

Orzeczenia KRUS, MON, MSWiA wydane po 1 stycznia 1998 roku, nie są podstawą do ubiegania się o dofinansowanie.

Wniosek obowiązuje od2019 r.

8

ON-...../2019

WNIOSEK
O PRZYZNANIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW WŁASNYCH POWIATU
RYBNICKIEGO DO UCZESTNICTWA *W TURNUSIE REHABILITACYJNYM*

Prosimy wypełnić drukowanymi literami

Imię i nazwiskotel.....

PESEL.....Data urodzenia.....

Adres: kod miejscowość, ulica:.....

Miejsce zamieszkania (pobytu) *

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

Posiadane orzeczenie o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów: (wstawić x w odpowiednim polu):

I grupa	znaczny stopień	całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji	
II grupa	umiarkowany stopień	całkowita niezdolność do pracy	
III grupa	lekki stopień	częściowa niezdolność do pracy	
o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia			

Korzystałem/am nie korzystałem/am** z dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON. ☐ **TAK (podać rok i miesiąc)** ☐ **NIE**

Jestem zatrudniony(a) w zakładzie pracy chronionej**: ☐ **TAK** ☐ **NIE**

- Jestem zatrudniony/a (właściwe zaznaczyć)
- Jestem na rencie/emeryturze
- Uczę się/studiuję
- Dziecko

Imię i nazwisko opiekuna
(wypełnić, jeżeli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

Pesel..... Adres.....

Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód netto**, 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:

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnej „Informacji o stanie zdrowia” sporządzonej przez lekarza, pod którego opieką się znajduję.

.....
Data

.....
Czytelny podpis Wnioskodawcy

* wpisać w przypadku osoby bezdomnej

** właściwe zaznaczyć

WYPEŁNIA PCPR

.....
Data wpływu wniosku do PCPR

.....
Pieczęć PCPR i podpis pracownika

Załączniki:

1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub równoważne (oryginał do wglądu).
2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny (wypełniony czytelnie w j. polskim)
3. Zaświadczenie szkolne (w przypadku osoby niepełnosprawnej w wieku 16-24 lata uczącej się i niepracującej).
4. Kserokopię dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym - dot. opiekunów prawnych lub pełnomocnictwo (oryginał do wglądu).

Oświadczenie Wnioskodawcy

1. W przypadku ubiegania się o dofinansowanie zobowiązuję się do zapłacenia z własnych środków pełnej kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy ceną turnusu pomniejszonej o ewentualnie dofinansowanie z innych źródeł, a przyznaną ze środków własnych Powiatu Rybnickiego kwotą dofinansowania.
2. Uprzedzony o odpowiedzialności wynikającej z art.286 §1, 2, 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks Karny (Dz.U. Nr 97.88.553 z póź. zm.) oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym.
3. W przypadku otrzymania dofinansowania ze środków własnych Powiatu Rybnickiego zobowiązuję się do wyjazdu na turnus rehabilitacyjny wyłącznie do ośrodka, który posiada ważny wpis do rejestru ośrodków uprawnionych do organizowania turnusów rehabilitacyjnych lub przyjmowania grup turnusowych.
4. Oświadczam, że nie będę pełnić funkcji członka kadry na turnusie rehabilitacyjnym, ani nie jestem opiekunem innego uczestnika tego turnusu.
5. Ze środków własnych Powiatu Rybnickiego nie może być dofinansowane uczestnictwo w turnusie finansowanym w części lub w całości na podstawie przepisów o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników.

8

6. Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016-679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w bazie danych Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Rybniku .
7. W przypadku skrócenia uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym z przyczyn innych niż losowe, poniosę koszty pobytu na tym turnusie.

***O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania
PCPR w Rybniku.***

Wnioskujący ma prawo wglądu w dane oraz ich poprawienie.

.....
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

8

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

**WNIOSEK LEKARZA
O SKIEROWANIE NA
TURNUS REHABILITACYJNY**

Imię i nazwisko

PESEL albo nr dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania.....

Miejsce pobytu*

Rodzaj schorzenia: (właściwe zaznaczyć)

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ dysfunkcja narządu ruchu | ☐ narządu słuchu | ☐ układ krążenia |
| ☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | | ☐ narządu wzroku |
| ☐ upośledzenie umysłowe | ☐ choroby psychiczne | ☐ epilepsja |
| ☐ inne (jakie?)..... | | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie: (właściwe zaznaczyć)

- ☐ Nie
- ☐ Tak –wyrażne wskazanie wraz z uzasadnieniem konieczności pobytu opiekuna.
.....
.....
.....
.....

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania):

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

Uwagi:

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

.....
Data

.....
Pieczęć i podpis lekarza

* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

