

Uchwała nr 268 12025

Zarządu Powiatu Grodziskiego

z dnia 21.05.2025

w sprawie przyjęcia zasad przyznawania osobom niepełnosprawnym i ich opiekunom dofinansowania ze środków własnych Powiatu Grodziskiego do turnusów rehabilitacyjnych

Na podstawie art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym (Dz.U. z 2024 r., poz. 107 ze zm.) w związku z art. 35a ust. 1 pkt 7 lit. a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2024 r., poz. 44 ze zm.) Zarząd Powiatu Grodziskiego uchwala, co następuje:

§ 1

Przyjmuje się zasady przyznawania osobom niepełnosprawnym i ich opiekunom dofinansowania ze środków własnych Powiatu Grodziskiego do turnusów rehabilitacyjnych określone w:

- art. 10c – 10f ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
- rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych.

§ 2

Wnioski o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym składane są z pominięciem Systemu Obsługi Wsparcia SOW.

§ 3

Określa się wzory dokumentów dotyczących realizacji dofinansowania do uczestnictwa w turnusach rehabilitacyjnych finansowanych ze środków własnych Powiatu Grodziskiego w brzmieniu określonym w załącznikach do niniejszej uchwały.

§ 4

Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorowi Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Grodzisku Mazowieckim.

§ 5

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

STAROSTA
Marek Wiczbicki
Wicestarosta
Stanisław Firlej
Członek Zarządu
Michał Śliwiński
Członek Zarządu
Agnieszka Gryzik
Członek Zarządu
Krzysztof Filipiak

Podpis elektroniczny prawidłowy

Podpisany elektronicznie przez
Katarzyna Klonowska
19.05.2025
13:03:57 +02'00'

Data weryfikacji 20 MAJ 2025

Podinspektor
Małgorzata Głodek



PCPR.DR.TR. 2025

**Wniosek o dofinansowanie ze środków
własnych Powiatu Grodzkiego 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

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE **

a) o stopniu niepełnosprawności ☐ znacznym ☐ umiarkowanym ☐ lekkim

Numer orzeczenia:

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 lub innych środków publicznych**

☐ 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.

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

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

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

Wypełnia PCPR

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),
opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko:

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:

.....

Numer telefonu:

Adres email:

Data urodzenia:

ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:

.....

postanowieniem Sądu: z dn.

sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

..... z dn.

repet. nr

.....

(data)

.....

(podpis przedstawiciela ustawowego
opiekuna prawnego* pełnomocnika*)*

Informacje uzupełniające do wniosku

DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu:

Adres e-mail:

.....

(data)

.....

(podpis)

* niepotrzebne skreślić

.....

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY
finansowanego ze środków własnych Powiatu Grodziskiego

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

.....

RODZAJ SCHORZENIA LUB DYSFUNKCJI **

☐ dysfunkcja narządu ruchu

☐ choroba psychiczna

☐ osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

☐ padaczka

☐ dysfunkcja narządu słuchu

☐ schorzenie układu krążenia

☐ dysfunkcja narządu wzroku

☐ inne (jakie?)

☐ upośledzenie umysłowe

.....

KONIECZNOŚĆ POBYTU OPIEKUNA NA TURNUSIE:

☐ NIE

☐ TAK – uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....

UWAGI:

.....

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć



PCPR.DR.TR. 2025

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

finansowanego ze środków własnych Powiatu Grodziskiego

(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: oddo

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 o ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY

(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej), opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko:

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:

.....

Data urodzenia:

ustanowiony przedstawicielem ustawowym* / opiekunem prawnym* / pełnomocnikiem*:

.....

postanowieniem Sądu Rejonowego:

.....

z dn. sygn. Akt*:

na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

.....

z dn. repet. nr

.....

data

.....

podpis

przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego
pełnomocnika*

Informacje uzupełniające do wniosku

DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu:

Adres e-mail:

.....

data

.....

podpis

* niepotrzebne skreślić



PCPR.DR.TR. 2025

OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU REHABILITACYJNEGO
w związku z finansowaniem turnusu rehabilitacyjnego
ze środków własnych Powiatu Grodziskiego
(wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora i adres z kodem pocztowym:

Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusów:

Potwierdzam możliwość uczestniczenia Pana/Pani:

wraz z opiekunem* w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?):

w terminie od do

w ośrodku (nazwa i adres z kodem pocztowym).....

Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków:

Całkowity koszt turnusu dla:

osoby niepełnosprawnej zł, słownie zł

opiekuna osoby niepełnosprawnej* zł, słownie zł

Zobowiązuję się, w terminie 21 dni od dnia zakończenia turnusu, przesłać do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Grodzisku Mazowieckim ul. Żydowska 19 „Informację o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego”, sporządzoną odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania ze środków Powiatu Grodziskiego, z wyłączeniem Systemu Obsługi Wsparcia (SOW). W przypadku rezygnacji osoby niepełnosprawnej z uczestnictwa w turnusie przed jego rozpoczęciem lub stwierdzenia w wyniku kontroli rażących uchybień w zakresie realizacji turnusu zobowiązuję się do zwrotu 100 % środków, które przekazało PCPR na dofinansowanie uczestnictwa tej osoby i jej opiekuna, w terminie 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu – na rachunek bankowy PCPR.

Środki przyznane osobie niepełnosprawnej i jej opiekunowi* proszę przekazać na rachunek

bankowy:

.....
(data)

.....
(czytelny podpis organizatora)

* Niepotrzebne skreślić



PCPR.DR.TR. 2025

.....
(pieczęć organizatora turnusu)

INFORMACJA O PRZEBIEGU TURNUSU REHABILITACYJNEGO
finansowanego ze środków własnych Powiatu Grodziskiego
(wypełnia organizator turnusu)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu:

Adres zamieszkania:*

.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości:

Miejsce turnusu (nazwa ośrodka i adres z kodem pocztowym):

.....

Data rozpoczęcia i zakończenia turnusu:

Rodzaj turnusu (jaki?):

Udział uczestnika w zajęciach przewidzianych programem turnusu (krótki opis rodzaju i charakteru zajęć, w tym liczba godzin oraz uzyskane efekty):

.....

.....

.....
(data)

.....
(imię i nazwisko oraz podpis kierownika turnusu)

Przeprowadzono badanie lekarskie** ☐ tak ☐ nie

Zastosowano zabiegi fizjoterapeutyczne ☐ nie ☐ tak (jakie zabiegi fizjoterapeutyczne):

.....

.....

Na turnusie obecny był opiekun osoby niepełnosprawnej*** ☐ tak ☐ nie

W roli:

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć i wypełnić tylko w przypadku turnusów, których program obejmował zajęcia fizjoterapeutyczne.

*** Opisać rolę opiekuna.

