

.....
(pieczęć PCPR)

KARTA OCENY WNIOSKU O DOFINANSOWANIE ZE ŚRODKÓW PFRON UCZESTNICTWA W TURNUSIE REHABILITACYJNYM

NR WNIOSKU: PCPR.ON.2025

ZŁOŻONY W DNIU:

IMIĘ I NAZWISKO WNIOSKODAWCY:

A. WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU				
	WYMOGI FORMALNE (uprawnające do uzyskania dofinansowania)	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe)		Uwagi:
1	Wnioskodawca/Podopieczny legitymuje się ważnym orzeczeniem o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub orzeczeniem równoważnym.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
2	Wnioskodawca/Podopieczny został skierowany na turnus rehabilitacyjny na wniosek lekarza, pod którego opieką się znajduje (wniosek lekarski zawiera wyraźne wskazanie/uzasadnienie uczestnictwa Wnioskodawcy/Podopiecznego w turnusie rehabilitacyjnym oraz wymagane pieczęcie i podpisy).	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
3	Wniosek lekarski zawiera wyraźne wskazanie wraz z uzasadnieniem pobytu na turnusie opiekuna osoby niepełnosprawnej.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
4	Wnioskodawca/Podopieczny w roku, w którym ubiega się o dofinansowanie, nie uzyskał na ten cel dofinansowania ze środków PFRON.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
Data weryfikacji wniosku	 2025 r.		
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia (zgodny z obowiązującym wzorem, zawierający wszystkie wymagane załączniki, wypełniony poprawnie we wszystkich rubrykach, w tym zawierający oświadczenie o wysokości dochodu zgodnie z art. 10e ust. 1 ustawy wraz z informacją o liczbie osób we wspólnym gospodarstwie domowym)		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie		<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
Decyzja w sprawie oceny formalnej		<input type="checkbox"/> pozytywna <input type="checkbox"/> negatywna		
		Data, pieczętka imienna oraz podpis pracownika dokonującego weryfikacji formalnej wniosku		

B. OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU				
1. Niepełnosprawność do 16 roku życia lub stopień niepełnosprawności:		Pierwszeństwo w uzyskaniu dofinansowania zgodnie z § 5 ust. 12 Rozporządzenia*		Uwagi:
1)	Osoba posiada orzeczenie o zaliczeniu do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności albo równoważne, osoba niepełnosprawna w wieku do 16 lat albo w wieku do 24 lat ucząca się i niepracująca bez względu na stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
2)	Osoba posiada orzeczenie o zaliczeniu do lekkiego stopnia niepełnosprawności albo równoważne	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
2. Ocena sytuacji społecznej osoby z niepełnosprawnością i jej potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych				
1)	Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji osoby niepełnosprawnej określony w orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności lub we wniosku lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny** - w kontekście wpływu niepełnosprawności Wnioskodawcy/Podopiecznego na możliwość realizacji kontaktów społecznych w codziennym funkcjonowaniu:	Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Przyznana punktacja
a	Upośledzenie umysłowe (01-U) Choroby psychiczne (02-P) Całościowe zaburzenia rozwojowe (12-C)	30	30	
b	Zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu (03-L) Choroby narządu wzroku (04-O) Choroby neurologiczne (10-N)	15		
c	Dysfunkcja narządu ruchu (05-R) Epilepsja (06-E) Choroby układu oddechowego i krążenia (07-S) Choroby układu pokarmowego (08-T) Choroby układu moczowo-płciowego (09-M) Inne (11-I), w tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego	5		

2)	Pozostałe informacje o Wnioskodawcy zawarte we wniosku o dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego, mające wpływ na ocenę jego indywidualnej sytuacji społecznej oraz potrzeb w zakresie rozwijania umiejętności społecznych	Liczba punktów	Maksymalna liczba punktów	Przyznana punktacja
a	Osoba porusza się na wózku inwalidzkim (lekarz potwierdził ten fakt we wniosku lekarskim)	20	90	
b	Osoba prowadząca samodzielne gospodarstwo domowe	5		
c	Osoba nie objęta opieką instytucjonalną całodobową lub dzienną (np.: ŚDS, DPS)	10		
d	Osoba zamieszkująca na terenie wiejskim	5		
e	Osoba w wieku aktywności zawodowej	20		
f	Osoba wnioskuje o dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego po raz pierwszy (nigdy nie korzystała z dofinansowania)	20		
g	Osoba niekorzystająca z dofinansowania w okresie co najmniej 2 lata przed złożeniem wniosku (ostatni raz korzystała z dofinansowania w roku	15		
h	Osoba wykazała we wniosku przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, nieprzekraczający: - 35% przeciętnego wynagrodzenia - w przypadku osoby samotnej, - 20% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym.	10		
RAZEM OCENA WNIOSKU			Maksymalna liczba pkt 120

Data oceny merytorycznej wniosku:

Podpisy osób biorących udział w ocenie wniosku:

.....

* Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 r. Nr 230, poz. 1694 z późn. zm.)

** w przypadku posiadania przez osobę niepełnosprawną więcej niż jednej przyczyny niepełnosprawności, do punktacji bierze się pod uwagę rodzaj dysfunkcji wynikający z orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub z wniosku lekarskiego, który powoduje największy negatywny wpływ na możliwość realizacji przez Wnioskodawcę/Podopiecznego kontaktów społecznych oraz daje możliwość przyznania największej liczby punktów.