

Wniosek o zakwalifikowanie do uczestnictwa w Programie wsparcia ON w dostępie do rehabilitacji prowadzonej w Centrum Rekreacji i Rehabilitacji Bushido w Rybniku

1. Dane osobowe

Nazwisko.....

Imię.....

Pesel.....

Ulica.....

Kod pocztowy i miejscowość.....

Telefon.....

Posiadane orzeczenie (stopień niepełnosprawności, ważność orzeczenia).....

.....

2. Oświadczenia

1. Oświadczam, że wyrażam chęć uczestnictwa w w/wym programie tj. wzięcia udziału w rehabilitacji prowadzonej w CRiR Bushido Rybnik na podstawie zaświadczenia lekarskiego o aktualnym stanie zdrowia wystawionego przez mojego lekarza prowadzącego.

2. Oświadczam, że miesięczna wysokość dochodu liczonego na podstawie *Ustawy o pomocy społecznej** **na osobę w rodzinie** nie przekracza 200% minimalnego wynagrodzenia za pracę i wynosi.....

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym:

3. Ponadto oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art.233 §1 i §2 Kodeksu Karnego). Wyrażam zgodę na umieszczanie i przetwarzanie moich danych osobowych w zbiorze o nazwie „Baza Danych Osób Niepełnosprawnych” prowadzonej przez Administratora Danych – Ośrodek Pomocy Społecznej w Rybniku, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych tj. Dz. U. z dnia 25 listopada 2015r. (Dz.U. z 2015r. poz. 2135).

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się poinformować niezwłocznie.

.....

.....

(data)

(czytelny podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

- zaświadczenie lekarskie o aktualnym stanie zdrowia

- kopia aktualnego orzeczenia o znacznym bądź umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego (oryginał do wglądu)

- dowód osobisty (do wglądu)

*Ustawa o pomocy społecznej z dn. 12.03.2004 r. ([Dz.U. z 2015 r. poz. 163](#))

Art. 8 [Prawo do świadczeń pieniężnych]

3. Za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu z miesiąca, w którym wniosek został złożony, bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, pomniejszoną o :

- 1) miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych;
- 2) składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ubezpieczenia społeczne określone w odrębnych przepisach;
- 3) kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób.
4. Do dochodu ustalonego zgodnie z ust. 3 nie wlicza się:
 - 1) jednorazowego świadczenia socjalnego;
 - 2) zasiłku celowego;
 - 3) pomocy materialnej mającej charakter socjalny albo motywacyjny, przyznawanej na podstawie przepisów o systemie oświaty;
 - 4) wartości świadczenia w naturze;
 - 5) świadczenia przysługującego osobie bezrobotnej na podstawie przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z tytułu wykonywania prac społecznie użytecznych;
 - 5a) świadczenia pieniężnego i pomocy pieniężnej, o których mowa w ustawie z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych ([Dz.U. poz. 693](#));
 - 6) dochodu z powierzchni użytków rolnych poniżej 1 ha przeliczeniowego;
 - 7) świadczenia wychowawczego, o którym mowa w ustawie z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci ([Dz.U. poz. 195](#)), oraz dodatku wychowawczego, o którym mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej ([Dz.U. z 2015 r. poz. 332](#), z późn. zm.).

Wniosek wraz z wymaganymi załącznikami należy złożyć w Ośrodku Pomocy Społecznej w Rybniku, ul. Żużłowa 25 (pokój nr 4 i 23) w godzinach :

poniedziałek, środa, czwartek od 9.00 do 14.45

wtorek od 9.00 do 15.45

piątek od 8.00 do 13.00