

Zarządzenie Nr 7/2013
Dyrektora Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie w Wołominie
z dnia 09.04.2013r.

zmieniające Zarządzenie Nr 6/2013 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie z dnia 02.04.2013 r. w sprawie: wprowadzenia Zasad postępowania w sprawie przyznania dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w pilotażowym programie „Aktywny Samorząd” oraz wzorów wniosków o przyznanie dofinansowania

Na podstawie § 8 pkt 3 Regulaminu Organizacyjnego Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie (Uchwała Nr III-114/09 Zarządu Powiatu Wołomińskiego z dnia 5 sierpnia 2009 r. w sprawie zmiany regulaminu organizacyjnego Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie) w związku z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 z późn. zm.) oraz w związku z Porozumieniem nr O-07/39/AS/2012 zawartym w dniu 27.06.2012 r., Anekssem nr 1 do Porozumienia nr O-07/39/AS/2012 z dnia 27.06.2012 r. zawartym w dniu 05.07.2012 r., oraz dokumentem: Kierunki działań oraz warunki brzegowe obowiązujące realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2013 roku opublikowanego przez PFRON – dotyczącymi pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”, zarządzam, co następuje:

§ 1

Zmienia się Zarządzenie Nr 6/2013 Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie z dnia 02.04.2013 r. w sprawie: wprowadzenia Zasad postępowania w sprawie przyznania dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w pilotażowym programie „Aktywny Samorząd” oraz wzorów wniosków o przyznanie dofinansowania, w ten sposób, że

1) § 1 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) *Wzór Wniosku „P” – Część A (wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu) o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” wraz z załącznikami (nr 1, nr 1a, nr 2, nr 2a, nr 2b, nr 2c, nr 3 do formularza wniosku), w brzmieniu określonym w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia;”*

2) § 1 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) *Wzór Wniosku „O” – Część A (wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego) o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” wraz z załącznikami (nr 1, nr 1a, nr 2, nr 2a, nr 2b, nr 2c, nr 3 do formularza wniosku), w brzmieniu określonym w załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia;”*

§ 2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia 02.04.2013 r.

DYREKTOR
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie
w Wołominie
Maciej Burakowski



.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

(osoby z dysfunkcją narządu ruchu)

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:
5. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętąką):**

<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Inne schorzenia:.....	pieczętąka, nr i podpis lekarza

....., dnia

(miejsowość)

(data)

pieczętąka, nr i podpis lekarza