

## ZARZĄDZENIE Nr 8 /2020

Dyrektora

Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kartuzach

z dnia 11 maja 2020 r.

**w sprawie:** ustalenia karty oceny merytorycznej wniosków osób niepełnosprawnych w sprawie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym w roku 2020.

Na podstawie § 15 ust. 1 pkt 2 Regulaminu Organizacyjnego Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kartuzach, stanowiącego załącznik do Uchwały nr 12/49/2019 Zarządu Powiatu Kartuskiego z dnia 29 stycznia 2019 r. w związku z art. § 5 ust. 10 i 12 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz.1694 oraz z 2014 r. poz. 1937),

**zarządza się, co następuje:**

### § 1

Wprowadza się do użytku wewnętrzny kartę oceny merytorycznej wniosków osób niepełnosprawnych w sprawie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym w roku 2020, według wzoru stanowiącego załącznik do niniejszego zarządzenia.

### § 2

Nadzór nad pracą komisji powierza się Mariuszowi Garskiemu - kierownikowi działu pomocy osobom niepełnosprawnym Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kartuzach.

### § 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

POWIATOWE CENTRUM  
POMOCY RODZINIE W KARTUZACH  
DYREKTOR  
  
Grzegorz Mikiciuk

Sprawdzono pod względem formalno-prawnym  
/-/ Kamila Podlaska  
radca prawny

**KARTA OCENY z dnia .....**

do protokołu nr ..... z dnia.....

dotycząca rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON uczestnictwa osoby niepełnosprawnej i jej opiekuna w turnusie rehabilitacyjnym

Dotyczy wniosku Pani/a:

.....

(Imię i nazwisko)

.....

(Adres zamieszkania)

Właściwą odpowiedź zaznaczyć znakiem „X”

Czy wnioskodawca korzystał z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym w roku poprzednim ?       TAK       NIE

Czy wniosek lekarza zawiera wyraźne wskazanie wraz z uzasadnieniem konieczności pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym?       TAK       NIE

Czy są potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych?       TAK       NIE

Na podstawie złożonego wniosku oraz orzeczenia o niepełnosprawności\*/ orzeczenia o stopniu niepełnosprawności\*, oceniono sytuację społeczną osoby niepełnosprawnej i jej potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych. Pod uwagę wzięto stopień i rodzaj niepełnosprawności oraz wpływ niepełnosprawności na możliwość realizacji przez wnioskodawcę kontaktów społecznych w codziennym funkcjonowaniu.

\* niepotrzebne skreślić

Karta oceny merytorycznej wniosku nr .....		
..... (imię i nazwisko wnioskodawcy)		
KRYTERIA OCENY WNIOSKU	Liczba punktów możliwych do uzyskania	Przyznana liczba punktów
<b>1. Stopień niepełnosprawności/ orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie równorzędne</b>		
a) osoba niepełnosprawna w wieku do 16 lat albo w wieku do 24 lat ucząca się i niepracująca bez względu na stopień niepełnosprawności	6	
b) znaczny stopień niepełnosprawności	6	
c) umiarkowany stopień niepełnosprawności	3	
<b>2. Zależność od innych osób i schorzenia szczególne</b>		
a) Schorzenia szczególne: symbol przyczyny niepełnosprawności wynikający z orzeczenia: 01-U, 02-P, 04-O, 06-E,12-C (ilość symboli nie wpływa na wielokrotność uzyskanych punktów)	2	
b) osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim (lekarz zaznaczył ten fakt we wniosku lekarskim)	3	
<b>3. Sytuacja dochodowa osoby/ osoby w rodzinie - dochody netto na jedną osobę</b>		
a) do 800 zł	3	
b) od 801 do 1500 zł	2	
c) powyżej 1501 zł	1	
<b>4. Pozostałe informacje:</b>		
a) osoba nie korzystała z dofinansowania uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym w latach 2017-2018 (nie dotyczy osoby niepełnosprawnej w wieku do 16 lat albo w wieku do 24 lat ucząca się i niepracująca bez względu na stopień niepełnosprawności)	4	
b) osoba zamieszkuje samotnie	2	
<b>Ogólna liczba przyznanych punktów</b>		
<b>Maksymalna liczba punktów do uzyskania 20 punktów</b>		

Ocena rozpatrzenia wniosku:

pozytywna (co najmniej 11 pkt)

negatywna

**Podpisy członków komisji:**

1. podpis pracownika socjalnego .....

2. podpis członka komisji .....

3. podpis członka komisji .....