**Zarządzenie Nr …….. /2023**

**Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku**

**z dnia …………… 2023 r.**

**w sprawie wprowadzenia karty oceny wniosków o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

Na podstawie § 9 Statutu Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku, art. 35a ust. 1 pkt 7 lit. a i ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej
i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2023 r. poz. 100 ze zm.) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz.U. Nr 230 poz. 1694 ze zm.) zarządzam, co następuje:

§ 1

Wprowadzam do użytku wewnętrznego kartę oceny wniosków osób niepełnosprawnych ubiegających się o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym sporządzoną według załącznika do niniejszego zarządzenia.

§ 2

1. Przyznanie dofinansowania uzależnione będzie od oceny sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej i jej potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych dokonanej przez pracownika socjalnego lub specjalistę do spraw społecznych oraz od liczby punktów uzyskanych na podstawie karty oceny wniosku, o której mowa w § 1.

2. Maksymalna możliwa do uzyskania liczba punktów wynosi 50.

3. W pierwszej kolejności dofinansowanie przyznane zostanie osobom niepełnosprawnym, których wnioski uzyskają najwyższą liczbę punktów z uwzględnieniem pierwszeństwa wynikającego z § 5 ust. 12 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych.

4. W przypadku uzyskania takiej samej liczby punktów o kolejności dofinansowania decyduje kolejność złożonego wniosku.

5. Dofinansowanie będzie przyznawane aż do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zadania w danym roku.

§ 3

Wykonanie zarządzenia powierzam Kierownikowi Działu Rehabilitacji Społecznej Osób Niepełnosprawnych, Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku.

§ 4

Traci moc Zarządzenie Nr 50/2020 Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie
w Białymstoku z dnia 14 grudnia 2020 r.w sprawie wprowadzenia karty oceny wniosków
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.

§ 5

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2024 r.

Załącznik do Zarządzenia Nr …./2023

Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie

w Białymstoku z dnia …………. 2023 r.

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

**CZĘŚĆ A**

|  |
| --- |
| Karta oceny wniosku nr DRS.72.1. ……. 2024Imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej ………………………………………… |
| **KRYTERIA OCENY** | **Liczba punktów** | **Uzyskana punktacja** |
| **Część A:** | **Ocena sytuacji społecznej**  |
| **1.** | **Sytuacja rodzinna osoby niepełnosprawnej** |
| a) | wniosek dotyczy osoby do 18 roku życia | 10 |  |
| b) | osoba samotna | 10 |  |
| c) | osoba prowadząca wspólne gospodarstwo domowe | 5 |  |
| **2.** | **Sytuacja dochodowa osoby niepełnosprawnej (na jedną osobę)** |
| a) | ≤ 800 zł | 20 |  |
| b) | > 800 do 1500 zł | 15 |  |
| c) | >1500 zł do 2100 zł | 10 |  |
| d) | > 2100 zł | 5 |  |
| **Część B:** | **Wpływ niepełnosprawności na możliwość realizacji kontaktów społecznych**  |
| **1.** | **Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji osoby niepełnosprawnej określony w orzeczeniu o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności i/lub we wniosku lekarza**  |
| a) | zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu (03-L)choroby narządu wzroku (04-O)choroby neurologiczne (10-N)osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | 15 |  |
| b) | upośledzenia 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 | 10 |  |
| c) | upośledzenie umysłowe (01-U)choroby psychiczne (02-P)całościowe zaburzenia rozwojowe (12-C) | 5 |  |
| **2.** | **Informacja o korzystaniu z dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego** |
| a) | osoba nie korzystała z dofinansowania w roku ubiegłym | 5 |  |
| **OCENA PUNKTOWA WNIOSKU** | **max. 50** |  |

*(podsumowanie oceny pracownika socjalnego w zakresie sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej i jej potrzeby w zakresie rozwijania umiejętności społecznych )*

 ………………………………………….

 Data i podpis pracownika socjalnego

**CZĘŚĆ B**

UZYSKANA LICZBA PUNKTÓW: ………

SPOSÓB ROZPATRZENIA WNIOSKU:

PRZYZNANIE DOFINANSOWANIA [ ]

ODMOWA DOFINANSOWANIA ZE WZGLĘDU NA:

BRAK ŚRODKÓW FINANSOWYCH [ ]

INNA PRZYCZYNA [ ]

 ……………………………………………………………………

 Data i podpis pracownika rozpatrującego wniosek