

Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

Data urodzenia

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym

POSIADANE ORZECZENIE**

- | | | | |
|--|--|--------------|--------|
| a) o stopniu niepełnosprawności | znacznym | umiarkowanym | lekkim |
| b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów | I | II | III |
| c) o całkowitej o częściowej niezdolności do pracy | | | |
| o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym | o niezdolności do samodzielnej egzystencji | | |
| d) o niepełnosprawności osoby do 16 roku życia | | | |

Korzystałem(am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON**

TAK (podać rok) **NIE**

Jestem zatrudniony(a) w zakładzie pracy chronionej** **TAK** **NIE**

Imię i nazwisko opiekuna

(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, **obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił** zł.

Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych w bazie danych PCPR dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku o dofinansowanie uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym, zgodnie z ustawą z dnia 28.08.1997 r. o ochronie danych osobowych.(Dz. U. Nr 133, poz. 883)

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.***

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwie zaznaczyć.

*** Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

WYMAGANY ZAŁĄCZNIK: 1. kopię (oryginał do wglądu) orzeczenia o stopniu niepełnosprawności bądź grupie inwalidzkiej lub niezdolności do pracy/ samodzielnej egzystencji. W przypadku dzieci do lat 16 zaświadczenie o niepełnosprawności wydane przez Komisję orzekania o niepełnosprawności **2. wniosek lekarza pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna o skierowanie na turnus rehabilitacyjny** (§ 5 ust.5 pkt.1-2 Dz.U. Nr 230 poz.1694 z dnia 15.11.2007r.)

Wypełnia PCPR

.....
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko
PESEL albo numer dokumentu tożsamości
Adres zamieszkania*
.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**

dysfunkcja narządu ruchu	dysfunkcja narządu słuchu
osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim	
dysfunkcja narządu wzrok	upośledzenie umysłowe
choroba psychiczna	padaczka
schorzenie układu krążenia	inne (jakie?)

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

NIE

TAK – uzasadnienie
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Uwagi:

.....
.....
.....
.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć.

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

Rodzaj turnusu

termin: od do

Dane organizatora turnusu:

Nazwa i adres z kodem pocztowym

Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus:

Nazwa i adres z kodem pocztowym

Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko

PESEL

Adres

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje

.....

Uczulenia

.....

Przyjmowała leki (nazwa i dawkowanie): zaopatrzenie ortopedyczne:

.....

Odchylenia w badaniu przedmiotowym, badaniach dodatkowych:.....

.....

Przebyte choroby zakaźne – dotyczy osób do 16 roku życia :.....

.....

Szczepienia ochronne (daty)-dotyczy osób do 16 roku życia :.....

.....

.....

data

.....

pieczęćka i podpis lekarza