

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

Imię i nazwiskoNr telefonu.....

PESEL (albo numer dokumentu tożsamości)

Adres (miejsce pobytu)

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 grupa II grupa III grupa
- c) o częściowej niezdolności do pracy o całkowitej niezdolności do pracy /w gospodarstwie rolnym
 o całkowitej niezdolności do pracy i 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 tylko, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

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 wspólnie zamieszkałych wynosi

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Źródło dochodu	Kwota dochodu
1		wnioskodawca		
2				
3				
4				
5				
6				

Uprowadzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeks Karny z dnia 6 czerwca 1997 roku (Dz.U. nr 88, poz.553 z póź. zm.) za fałszywe zeznania, prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia, sporządzonego przez lekarza, pod którego opieką się znajduję.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz. 1271).

.....
 (data)

.....
 (czytelny podpis wnioskodawcy)

Wypełnia PCPR

.....
Data wpływu wniosku do PCPR

* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

** właściwe zaznaczyć

.....
 pieczęć PCPR i podpis pracownika

WNIOSEK LEKARSKI NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko

PESEL

Adres (miejsce pobytu*).....

Rodzaj schorzenia:

- dysfunkcja narządu ruchu dysfunkcja narządu słuchu dysfunkcja narządu wzroku
 upośledzenia umysłowe choroba psychiczna epilepsja
 schorzenia układu krążenia
 inne (jakie?).....

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne:**

- oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)
 oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)
 wózek inwalidzki kule łokciowe inne (jakie?).....

Konieczność opieki osoby drugiej na turnusie rehabilitacyjnym:**

- Nie
 Tak -uzasadnienie.....
.....
.....

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania):

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

Uzasadnienie wniosku:

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

_____ data

_____ podpis i pieczęć lekarza

* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej
** właściwe zaznaczyć

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko

PESEL

Adres (miejsce pobytu*).....

Rozpoznanie choroby zasadniczej

.....
.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje

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

Uczulenia

.....
.....

Przyjmowane 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

podpis i pieczęć lekarza

* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

CZĘŚĆ I – INFORMACJA O TURNUSIE

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

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres (miejsce pobytu*).....

Rodzaj turnusutermin turnusu: oddo.....

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 powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników.

data

czytelny podpis Wnioskodawcy

* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

CZĘŚĆ II – OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU

(Wypełnia organizator turnusu)

Nazwa Organizatora i adres (z kodem pocztowym)

Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusów*

Potwierdzam możliwość uczestniczenia Pana/Pani.....

wraz z opiekunem**

w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?).....

w terminie od.....do.....

w ośrodku (nazwa i adres)

Numer i data wpisu do rejestru ośrodków

Całkowity koszt turnusu dla:

osoby niepełnosprawnej.....zł, słownie zł.....

opiekuna osoby niepełnosprawnej**.....zł, słownie zł

Zobowiązuję się, że nie później niż do 21 dni po zakończeniu turnusu, przesać do właściwego PCPR „Informację o przebiegu turnusu rehabilitacyjnego”. Informacja ta będzie sporządzona odrębnie dla każdego uczestnika korzystającego z dofinansowania ze środków PFRON.

W przypadku rezygnacji z uczestnictwa w turnusie osoby niepełnosprawnej lub w przypadku stwierdzenia w wyniku kontroli rażących uchybień w zakresie realizacji turnusu zobowiązuję się do zwrotu 100% środków, które przekazało PCPR na dofinansowanie uczestnictwa tej osoby i jej opiekuna, w terminie 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu – na konto PCPR.

Środki przyznane osobie niepełnosprawnej i jej opiekunowi ** proszę przekazać na rachunek bankowy: Nazwa banku.....oddział.....
nr.....

.....
data

.....
(pieczęć i czytelny podpis organizatora)

Wypełnić tylko jeśli lekarz zaleci pobyt opiekuna na turnusie

Oświadczenie opiekuna osoby niepełnosprawnej niezbędnego i uczestniczącego w turnusie rehabilitacyjnym

Imię i nazwisko opiekuna.....PESEL.....
adres zamieszkania

Oświadczam:

1. nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie, w którym uczestniczy osoba niepełnosprawna (imię i nazwisko)
2. nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
3. ukończyłem 18 lat * albo ukończyłem 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny w/w osoby niepełnosprawnej *.
4. że korzystałem* / nie korzystałem* z dofinansowania do wyjazdu na turnus rehabilitacyjny ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w roku.....
5. posiadam*/ nie posiadam* stopień niepełnosprawności lub grupę inwalidzką.....

* niepotrzebne skreślić

Upředzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeks Karny z dnia 6 czerwca 1997 roku (Dz.U. nr 88, poz.553 z póź. zm.) za fałszywe zeznania, prawdziwość powyższych danych, stwierdzam własnoręcznym podpisem.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Kościuszki 131, 50-440 Wrocław

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz. 1271).

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis opiekuna