

(data wpływu wniosku do PCPR)

(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

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*

Tel. kontaktowy.....Adres e-mail.....

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.

Uprowadzony/uprowadzona o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 i § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) - za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych, w bazie danych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji wniosku, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000).

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

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu. **

Właściwe zaznaczyć.

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

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY (dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby
ubezwłasnowolnionej), opiekun prawny lub pełnomocnik**

Nie dotyczy

Imię i nazwisko:

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:

Data urodzenia:

ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:

postanowieniem Sądu Rejonowego:

z dn. sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

z dn. repet. nr

.....data

.....
podpis
przedstawiciela ustawowego*
opiekuna prawnego*
pełnomocnika*

Załącznik do wniosku:

1. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności/ grupie inwalidzkiej.
2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny, lekarza pod opieką którego znajduje się Wnioskodawca.
3. Zaświadczenie o pobieraniu nauki (dotyczy osób niepracujących w wieku od 16-24 lat).

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko.

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres (miejsce pobytu*).....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**;

Należy zakreślić tylko te schorzenia albo dysfunkcje, które mają wpływ na funkcjonowanie osoby w środowisku zewnętrznym i wymagają przystosowania ośrodka turnusowego, lub też wymagają rehabilitacji.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> inne..... |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie rehabilitacyjnym**:

- Nie
- Tak – uzasadnienie
-
-

UWAGA! Jako uzasadnienie należy podać objawy schorzeń, które wymagają pobytu opiekuna. Brak uzasadnieni, lub uzasadnienie nie spełniające wymogów, może być podstawą odmowy przyznania dofinansowania dla opiekuna.

Uwagi:

.....

.....

.....

Data

Pieczęć i podpis lekarza

* w przypadku osoby bezdomnej wpisujemy miejsce pobytu, w innym wypadku wpisujemy adres.

**właściwe zaznaczyć.