Nr wniosku 4250/4240 .....

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

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

Imię i nazwisko.....
PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....
Adres zamieszkania* .....
Tel.:.....
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 ☐ częściowej niezdolności do pracy
☐ o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ o niezdolności do samodzielnej egzystencji
c) 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 zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem*)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód rodzinny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc założenia 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.

Zobowiązuje się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia sporządzonej przez lekarza, pod którego opieką się znajduje***

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 l0l.poz 926 i Nr 153, poz. 1271).

....
data czytelny podpis wnioskodawcy

Wypełnia PCPR

....
Data wpływu wniosku do PCPR Pieczęć PCPR i podpis pracownika

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
* * Właściwe zaznaczyć
* * * Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania* .....

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)

..... (pieczątka i podpis lekarza)

---

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

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 ☐ dysfunkcja narządu wzroku

☐ upośledzenie umysłowe ☐ choroba psychiczna ☐ epilepsja

☐ schorzenia układu krążenia

☐ inne (jakie ?)

.....

.....

Konieczność pobytu opiekuna **

☐ Nie

☐ Tak - uzasadnienie

.....

.....

....

.....

Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

* * Właściwe zaznaczyć

....

(data) (pieczęć i podpis lekarza)

CZĘŚĆ I - INFORMACJA O TURNUSIE

(Wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnosprawnej rodzice lub opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu ....
PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....
Adres zamieszkania*. ....
Rodzaj turnusu .....
termin turnusu 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.

....
miejscowość i data czytelny podpis Wnioskodawcy

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

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 uczestnictwa Pana/Pani .....
wraz z opiekunem *
w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?) .....
w terminie od..... do.....
w ośrodku (nazwa i adres) .....
Numer i data ważności wpisu do rejestru ośrodków.....
Całkowity koszt turnusu dla:
osoby niepełnosprawnej ..... zł, słownie ..... zł
opiekuna osoby niepełnosprawnej* ..... zł, słownie.....zł

Zobowiązuje się nie później niż do 21 dni po zakończeniu turnusu przesłać 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 osoby niepełnosprawnej z uczestnictwa w turnusie przed jego rozpoczęciem lub w przypadku stwierdzenia w wyniku kontroli rażących uchybień w zakresie realizacji turnusu zobowiązuje się do zwrotu 100 % środków, które przekazało PCPR na dofinansowanie uczestnictwa tej osoby i jej opiekuna w terminie do 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu - na rachunek bankowy wskazany przez PCPR.

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

....
miejscowość i data *pieczęć i czytelny podpis organizatora*

* *Niepotrzebne skreślić*