

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

Imię i nazwisko

PESEL

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 niezdolności do pracy 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 świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

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

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

Adres zamieszkania*

.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**

- dysfunkcja narządu ruchu
- osoba poruszająca się na wózku
- choroba psychiczna
- schorzenie układu krążenia
- inne (jakie?)
-
-

- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe
- padaczka

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie**

- NIE
- TAK – uzasadnienie
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Uwagi:

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

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu
** Właściwe zaznaczyć

.....
(data)

.....
(pieczętka 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
Adres zamieszkania
.....
Numer telefonu
Rodzaj turnusu **USPRAWNIAJĄCO – REKREACYJNY**
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.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Załącznik do wniosku:

- Ksero orzeczenia o niepełnosprawności