

**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
Data urodzenia
Adres zamieszkania*
Adres do korespondencji.....
Telefon kontaktowy.....
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 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 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.

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.

Wypełnia PCPR

.....
(Data wpływu wniosku do PCPR)

.....
(Pieczęć PCPR i podpis pracownika)

Załącznik do wniosku:

1. KOPIA ORZECZENIA (oryginał do wglądu)

.....
(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 dysfunkcji**

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

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE**
 TAK - uzasadnienie
.....
.....
.....
.....
.....

Uwagi:

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

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** Właściwe zaznaczyć.

.....
(data)

.....
(pieczęćka i podpis lekarza)

CZEŚĆ – INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU

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

Imię i nazwisko uczestnika turnusu
Pesel albo numer dokumentu tożsamości
Adres zamieszkania(lub pobytu).....
Rodzaj turnusu usprawniająco-rekreacyjny inny

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)

* Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

CZEŚĆ II – OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA TURNUSU

(Wypełnia organizator turnusu)

Nazwa organizatora i adres (z kodem pocztowym)

Numer i data ważności wpisu do rejestru organizatorów turnusu

Potwierdzam możliwość uczestniczenia 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

Zobowiązuję 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 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 do 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu – na konto PCPR.

Środki przyznane osobie niepełnosprawnej i jej opiekunowi* proszę przekazać na rachunek bankowy:

Nazwa banku nr

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

* Niepotrzebne skreślić.

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Informacja o stanie zdrowia

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

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)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*Wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na umieszczenie i przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1000) oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, w bazie danych PCPR w Tarnowie w celu realizacji procedury dofinansowania uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym.

.....

Podpis

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

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

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**

* niepotrzebne skreślić