

*pieczętka Zakładu Opieki Zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego*

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji**

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

.....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
- TAK – uzasadnienie

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

Uwagi

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

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć

Wypełnić tylko jeśli lekarz zaleci pobyt opiekuna na turnusie

Oświadczenie opiekuna osoby niepełnosprawnej niezbędnego i uczestniczącego w turnusie rehabilitacyjnym

Imię i nazwisko opiekuna

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

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.

Zobowiązuje się o każdej zmianie poinformować Dział Adaptacji Osób Niepełnosprawnych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej ul. Strzegomska 6,53 – 611 Wrocław

.....

miejsowość i data

.....

czytelny podpis opiekuna