



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