

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

Imię i nazwisko .....Nr telefonu.....

PESEL (albo numer dokumentu tożsamości) .....

Adres (miejsce pobytu) ^) .....

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 grupa  II grupa  III grupa
- c)  o częściowej niezdolności do pracy  o całkowitej niezdolności do pracy /w gospodarstwie rolnym  
 o całkowitej niezdolności do pracy i 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 tylko, jeśli lekarz zalecił pobyt na turnusie wraz z opiekunem)

**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 wspólnie zamieszkałych wynosi .....

L.p.	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Źródło dochodu	Kwota dochodu
1		wnioskodawca		
2				
3				
4				
5				
6				

**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.**

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia, sporządzonego przez lekarza, pod którego opieką się znajduję.

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

.....  
 (data)

.....  
 (czytelny podpis wnioskodawcy)

**Wypełnia PCPR**

.....  
**Data wpływu wniosku do PCPR**

\* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

\*\* właściwe zaznaczyć

.....  
 pieczęć PCPR i podpis pracownika

## WNIOSEK LEKARSKI NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres (miejsce pobytu\*).....

### Rodzaj schorzenia:

- dysfunkcja narządu ruchu       dysfunkcja narządu słuchu       dysfunkcja narządu wzroku  
 upośledzenia umysłowe       choroba psychiczna       epilepsja  
 schorzenia układu krążenia  
 inne (jakie?).....

### Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne:\*\*

- oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn górnych (jednostronne, obustronne)  
 oprotezowanie/zaaparatowanie kończyn dolnych (jednostronne, obustronne)  
 wózek inwalidzki       kule łokciowe       inne (jakie?).....

### Konieczność opieki osoby drugiej na turnusie rehabilitacyjnym:\*\*

- Nie  
 Tak -uzasadnienie.....

### Zalecenia (wskazania i przeciwwskazania):

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

### Uzasadnienie wniosku:

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

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ podpis i pieczęć lekarza

\* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej  
\*\* właściwe zaznaczyć

## ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

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

\_\_\_\_\_  
podpis i pieczęć lekarza

\* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

## CZĘŚĆ I – INFORMACJA O TURNUSIE

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

Imię i nazwisko uczestnika turnusu .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres (miejsce pobytu\*).....

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 powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników.**

\_\_\_\_\_  
data

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis Wnioskodawcy

\* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

## 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 uczestniczenia Pana/Pani.....

wraz z opiekunem\*\* .....

w turnusie rehabilitacyjnym (jakim?).....

w terminie od.....do.....

w ośrodku (nazwa i adres) .....

Numer i data wpisu do rejestru ośrodków .....

Całkowity koszt turnusu dla:

osoby niepełnosprawnej.....zł, słownie zł.....

opiekuna osoby niepełnosprawnej\*\*.....zł, słownie zł .....

**Zobowiązuję się, że nie później niż do 21 dni po zakończeniu turnusu, przesać 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 7 dni od dnia zakończenia tego turnusu – na konto PCPR.**

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

bankowy: Nazwa banku.....oddział.....

nr.....

.....  
data

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

**Wypełnić tylko jeśli lekarz zaleci pobyt opiekuna na turnusie**

**Oświadczenie opiekuna osoby niepełnosprawnej niezbędnego i uczestniczącego w turnusie rehabilitacyjnym**

Imię i nazwisko opiekuna.....PESEL.....  
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

Upředzony 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.

O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuję się informować w ciągu 14 dni Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie ul. Kościuszki 131, 50-440 Wrocław

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

.....  
miejsowość i data

.....  
czytelny podpis opiekuna